Vol. XXI Fondată în 1928

ACTA MEDICA ROMANA

REVISTĂ LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

ANUL XXI
No. 3-4
Martie-Aprilie 1948

BIBL. UNIV. CLUJ
Nr. 205 ...-1950
Exemplar legal

COMITETE DE REDACŢIE REGIONALE
IN CENTRELE UNIVERSITARE

Timişoara: Prof. ANA ASLAN, Prof. N. BLATT, Prof Ş. BRATIANU.
Tg.-Mureş: Prof. D. MORITZ, Prof. V. SĂBĂDEANU.

COLABORATORI
LA No. 1—2, 3—4/1948

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. Adameşteanu
I. Aldeşiu
C. Antonescu
C. Andreoiu
A. Andrian
I. Anghel
C. Apostoleanu, Prof. u.
St. Balica
A. Bălan
L. Bejan
N. Blatt, Prof. univ.
A. Bojiţă
Oct. Borcoman
Gh. Borş
M. Buzescu
G. Bungeţianu
M. Cânciulescu, Doc. univ.
A. Cârstea
Ev. Constantinide
P. Copăceanu
C. Crăciun, Prof. univ.
A. Cristea
Mircea Dabija
A. Dobrescu
State Drăgănescu, Conf. u.
I. Dumitrescu-Popovici
Al. Eschenasy
Al. Floareş
Şt. Fotin
V. Galan
I. Gologan
V. Gomoiu, Prof. u.
H. Haralambie
R. Himelbrand
A. Huttmann
N. Igna
N. Ioanid, Prof. univ.
N. Ionescu
O. Ioaniţoaia
Şt. Irimescu
O. Ivancenco
M. Lindenbaum
I. Lupaşcu
C. Lupulescu
St. Milcu, Conf. univ.
T. Mladin
M. Mogoş
D. Moritz, Prof. univ.
Gh. Munteanu
V. Munteanu
I. Niţescu
C. Pană
D. Pană
P. Paul
Gh. Panaitescu
V. Plătăreanu
I. Popescu
H. Popescu
V. Prodescu
Ei. Pretorian
A. Puşcariu
Oct. Rusu
Sârbu Stanca
C. Stanca, Conf. u.
A. Şaim
I. Temeliescu
O. Teodoraşcu
Th. Theodoreanu
Gh. Tudoranu, Prof. univ.
Gh. Vâja
E. Viciu
N. Vintilescu
I. Zamfirescu, Prof. u.

ROMÂNIA
D.D.R.

Din „SUMARUL" No. URMĂTOARE *)

Prof. I. DANIELLO şi N. BUMBĂCESCU: Perforaţiuni tardive după oleotorace.

V. GOMOIU: Ochire asupra începuturilor medicinei româneşti.

Prof. N. IOANID şi G. BORŞ: Otrăviri cu săruri de crom.

C. STERE (Constanţa): Injecţiile de salicilat de sodiu şi reumatismul.

EUG. ALEXANDRESCU: Asupra infiltraţiilor simpaticului cu novocaină.

Prof. D-r MORITZ: Sur un cas de méningite tuberculeuse traité par la stréptomycine chez un nourisson.

A. PAUNESCU-PODEANU: Fenomenul allergiei în patologia hepatică.

I. ROSENSTEIN: Există o criză a gândirii medicale?

I. GIURCUŢIU-Arad: Eritroblastozele.

I. POPP-Braşov: Rontgenterapia în poliartrită acută reumatică.

D. şi C. PANĂ (Filiaşi): Anestezia nervilor lui Arnold ca tratament al cefaleelor.

V. MOTELICĂ: Meningo-encefalită hemoragică cu virus gripal.

M. CÂNCIULESCU et I. ITELSON: Sur un cas de fièvre recurente avec ictère grave.

O. BORCOMAN, T. DANCANET, T. MUŢIU şi R. POP: 2 cazuri de supuraţii pulmonare difuze tratate şi vindecate prin injecţii intraparenchimatoase cu penicilină şi sulfamide.

TR. STOICOIU: Anastomoza „interansială" ca operaţie complimentară sistematică în rezecţia Reichel-Polya.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

V. ILIAN, O. MAGDA şi TACHE COSTACHE: Neurinom al regiunei subclaviculare.

T. MLADIN şi G. HODOŞI (Cluj): Tuberculoză ileo-cecală pseudo-tumorală.

O BORCOMAN, O PETER, I. BERBESCU şi R. POP: Atelectazie masivă intermitentă a plămânului stâng într'un caz de tumoră pulmonară.

R. HIMELBRAND (Iaşi): Asupra patogeniei şi tratamentului prolapsului rectal la adulţi.

I. GĂINĂ (Slatina): Diagnosticul prenatal al anencefaliei.

C. MIRCIOIU şi C. SÂRBU (Cluj): Endarterită obliterantă după tifos exantematic.

V. PLĂTĂREANU: La valeur thérapeutique de l'evacuation de contenu de stase intestinale aiguë.

P. ROIBAŞI, L. KLEINERMANN şi E. SCHELKER: Privire de ansamblu asupra ulcerelor gastro-duodenale în regiunea carboniferă din Valea-Jiului.

C. LUPULESCU (Baloteşti-Ilfov): Despre combaterea masivă a tuberculozei.

I. ADAM, ŞT. KELLNER şi STELA ANTON (Caransebeş): Asupra unei epidemii familiare de ang. şi stomatită Plaut-Vincent.

C. IONESCU, P. ROŞU, D. UNGUREANU: Incercări de blocare cu oleu a pungii create dupé toracoplastie superioară simplă.

Urmare cop. III

*) In afară de „*Articolele cu urmare şi cele omise din lipsă de spaţiu*".

Din „SUMARUL" No. URMĂTOARE *)

M. CÂNCIULESCU şi colaboratori: Rezultatele obţinute în Reticulina—M în diverse afecţiuni.

Prof. N. IOANID şi G. BORŞ: Otrăviri cu săruri de crom.

I. ROSENSTEIN: Există o criză a gândirii medicale?

M. CÂNCIULESCU et I. ITELSON: Sur un cas de fièvre recurente avec ictère grave.

R. HIMELBRAND (Iaşi): Asupra patogeniei şi tratamentului prolapsului rectal la adulţi.

I. ADAM, ŞT. KELLNER şi STELA ANTON (Caransebeş): Asupra unei epidemii familiare de ang. şi stomatită Plaut-Vincent.

N. MIŞCĂ şi L. ROŞIU: Un caz de cancer primitiv clitoridian.

I. GOLOGAN, M. BUZESCU şi N. EVIAN: Intricare de stadii sau tuberculoză ganglio-bronşică?

A. IONESCU, A. COSMA şi N. BUCŞA (Timişoara): Ulcer peptic post-operator tardiv perforat.

I. FENEŞANU, VL. MĂRZESCU şi V. MURGU (Orşova): Corp străin în sinusul costo-diafragmatic.

AL. SCURTU, T. CĂPEŢIANU şi I. ROŞIANU. Meningita abacteriană limfocitară în maladia lui Heine-Medin.

C. LUPESCU şi IL. POPESCU: Asupra cazurilor de cărbune internate într'o perioadă de 5 ani. — Asupra trat. tetanosului.

A. PUŞCARIU şi IL. POPESCU: Statistica cazurilor cu afecţiuni pulmonare, pe cinci ani, din Spitalul Tg.-Jiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V. BOGDAN şi I. VOINESCU: Studiul rezistenţei capilare în bolile infecţioase.

O BORCOMAN, O PETER, I. BERBESCU şi R. POP: Atelectazie masivă intermitentă a plămânului stâng într'un caz de tumoră pulmonară.

V. PLĂTĂREANU: La valeur thérapeutique de l'evacuation de contenu de stase intestinale aiguë.

P. ROIBAŞI, L. KLEINERMANN şi E. SCHELKER: Privire de ansamblu asupra ulcerelor gastro-duodenale în regiunea carboniferă din Valea-Jiului.

C. IONESCU, P. ROŞU, D. UNGUREANU: Incercări de blocare cu oleu a pungii create dupe toracoplastie superioară simplă.

N. ROŞIANU, A. APOSTOLEANU, Â. SĂRĂCĂCIANU, H. POPESCU: Tg. Jiu: O nouă epidemie, febră de 3 zile (Pappatacci).

C. VIDRAŞCU şi N. PSEGALINSCHI: Bronchoscopia în practica ftiziologică.

O. IVANCENCO şi T. KIRILEANU: Consideraţiuni asupra patogeniei adenopatiilor cervicale.

P. ROŞU, C. IONESCU şi T. KIRILEANU: Extracţia manuală a coagulului din pneumotoraxul extrapleural chirurgical.

L. BEJAN, A. BOJIŢĂ, P. POP: Contribuţiuni la studiul mezenteritelor retractile post-traumatice.

N. ZAHARIA şi M. LEIBOVICI (Fălticeni): Sifilide purpurice.

---

*) In afară de *„Articolele cu urmare"* şi cele omise *„din lipsă de spaţiu"*.

Din „SUMARUL" No. URMATOARE
(Continuare)

S. MIHAIL (Cluj): Hemoragiile corneei.

M. IONESCU-ROMANAŢI: Pancreasul endocrin la animalele tratate cu insulină. Studiu experimental.

N. ARUTUNIAN: Tratament abortiv al tifosului exantematic.

M. CANCIULESCU şi M. PARASCHIVESCU: Fenomene alergice multiple de origine colibacilară.

M. LINDENBAUM (Bucureşti): Consideraţiuni de bio-algebră-pulmonară.

M. VENCOV (Buzeu): Contribuţiuni noui în terapeutica colicei hepatice prin theophyllin-Diamin.

I. BEJAN şi LUTTWAK EDMUND (Arad): Particularităţi ale chistului hidatic al ficatului, în legătură cu 3 cazuri.

M. IONESCU-Romanaţi (D-ţa)) Consideraţiuni asupra tratamentului crizelor astmatice cu teofilină.

J. GAINA (Slatina): Asupra etiologiei şi patogeniei hematomelor genitale în puerperalitate.

I. G. RUSSU (Cluj): Pe marginea reformei învăţământului anatomic.

Prof. E. RAŢU şi B. OSTAP (Iaşi): Rontgenterapia într'un caz de Buton de Orient.

I. GIURCUŢIU (Arad): Asupra apariţiei şi dispariţiei tumorilor.

L. MAVROMATI (Bucureşti): Fiziologia instinctului sexual.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LIVIU MODRAN (Cluj): Problema socială a infecţiunei sifilitice în în perioada actuală.

M. VASILESCU şi V. GOLLI (Oraviţa): Asupra unui caz de ruptură spontană a bridei pleurale într'un pneumotorax terapeutic, cu pleurezie purulentă consecutivă.

Prof. D-r D. MORITZ (Tg. Mureş): Sur 8 cas d'exostoses multiples ostéogeniques dans une même famille, transmises dans 3 generations.

P. ROŞU şi C. IONESCU (Moroeni): Consideraţiuni asupra toracaplastiei simple şi toracoplastiei Semb.

C. IONESCU şi D. UNGUREANU: Cons. asupra 5 cazuri de simfize acute dupe Jacoboeus decolate la rece.

OCL. BORCOMAN, O. PETER, I. BERBESCU şi R. POP: Atelectazie masivă intermitentă a plămânului stâng într'un caz de tumoră pulmonară.

V. VARGA şi P. FIRESCU (Craiova): Problema socială a adenoidelor.

Prof. ABUREL şi I. PARHON: Un procedeu biologic rapid de diagnostic al sarcinei.

EUG. BUTTESCU (Craiova): Complexul de teren cu microflora lui parazitară în procesul boalei şi sănătăţii.

I. PARHON, BACIU şi EL. MARINESCU (Craiova): Inhibiţia hormonului hipofizar. Prolactina prin extracte oestrogene din urina de femee gravidă.

CRONICA MEDICALA

DREPTUL LA INVAŢATURA

La art. 22 din noua Constituţie a Republicei Populare Române se prevede: „Toţi cetăţenii au drept la învăţătură. Statul asigură îndeplinirea acestui drept prin organizarea şi desvoltarea învăţământului primar obligator şi gratuit, prin burse de Stat acordate elevilor şi studenţilor merituoşi şi prin organizarea şi desvoltarea învăţământului, profesional şi tecnic".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest drept la învăţătură a şi fost realizat până în prezent în bună parte prin: Inbunătăţiri reale în situaţia şcoli'or (ajutoare pentru reparaţii, construcţii nuoi, material didactic); o acţiune intensă de alfabetizare (a copiilor de vârstea şcolară şi a adulţilor); manuale unice şi gimnaziu unic; taxe şcolare proporţionale cu averea; înfiinţare de numeroase şcoli medii şi superioare tecnice; cămine şi cantine pentru studenţi; scutiri de taxe şi burse pentru cei săraci şi merituoşi; măsuri pentru sănătatea studenţimii şi înbunătăţirea situaţiei corpului didactic.

Se lucrează în prezent la **reforma de structură a întregului învăţământ,** care să-i confere caracterul democrat, precum şi caracterul practic şi teoretic potrivit cu nevoile reale ale ţării. Prin crearea Universităţilor de la Temişoara, dela Tg-Mureş şi dela Craiova s'au satisfăcut nevoile regionale iar prin crearea de Facultăţi de tip. monotecnic, precum cea de agronomie de la Universitatea din Craiova, s-a anticipat asuprà satisfacerii necesităţilor reale ale ţării. Complectarea acestor Universităţi cu noui Facultăţi se va face prin Planificare, în conformitate cu posibilităţile materiale ale Statului şi cu urgenţa nevoilor de porsonal adequat..

— In fruntea acestor nevoi nu ezităm a pune nevoia de medici umani şi veterinari: „Ne mor copii pe capete la sate (din lipsa de medici; din 360.000 de morţi în anul 1945 304.000, adică 84%, au fost din mediul rural, dintre plugari). Vitele mor la fel cu copii, necum să crească şi să se înmulţească. Zoocultura nu lucrează la noi, dupe cum nici Puericultura"... spuneam în Cuvântarea ţinută în cadrul unei mari adunări populare, în ziua de 15 Noembrie 1945, în faţa Repr Onor Guvern al ţării, D-lui D-r

Petru Groza, Prim Ministru şi a D-lui Ştefan Voitec, Ministrul Culturii Naţionale, atunci când reclamam în numele Olteniei crearea unei Universităţi la Craiova. Azi Universitatea este înfiinţată. A început cu o Facultate de agronomie. Cu cultura pământului. Dar punem cultura locuitorilor şi a animalelor înainte. Dăm preferinţă vieţei umane. In om si sănătatea lui se asigură cu patrimoniul biologic al neamului randamentul economic al muncii Avem nevoie de medici mulţi, şi de un medicus novus. Pentru nevoile întregei ţări, nu numai ale Olteniei, crearea unei Facultăţi de medicină umană la Craiova se impune cu precădere. Poate că odată şi cu a unei Facultăţi de medicina veterină, ambele având unele cursuri comune diferenţiate.

*

Intr'un interviev publicat în revista **„Studentul Român"** D-l Gh. **Vasilichi** ca Subsecretar de Stat la M-terul Educaţiei Naţionale a insistàt asupra înfiinţării unui mare număr de licee industriale, agricole, sanitare, ad-tive, cooperatiste menite să dea ţării cadrele technice medi în toate secţoarele vieţii de stat şi particulare; precum şi, în democratizarea învăţământului, asupra colaborării dintre M-terul Educaţiei Naţionale, profesori, studenţi elevi şi părinţi. Iar în articolul **cel de al III-lea Congres studenţesc,** publicat în Contemporanul din 16 Aprilie crt., în cadrul transformărilor adânci ale ţării arată că se transformă în acelaş timp şi studenţimea noastră: studentul se ocupă azi în primul rând cu învăţătura; dar se preocupă în acelaş timp de toate ramurile vieţei noastre de Stat în domeniul ştiinţific, politic, economic social, militar, ad-tiv; — s-a asigurat studenţilor democraţi dreptul de organizare, întrunire şi presă; — s'au creiat şcoli de toate gradele popoarelor conlocuitoare; — s'a rezolvat chestiunea materială a studenţilor săraci prin burse, Cantine, cămine; — s-au fixat taxe şcolare progresive şi 30% din locuri la Universităţi şi Politecnici s-au rezervat fiilor de muncitori, ţărani săraci şi mici funcţionari; — s'au creiat noi raporturi, de prietenie, între profesori şi studenţi; între studenţi şi alte categori de tineret: muncitoresc, ţărănesc şi elevii de licee; între organizaţile de studenţi şi toate organizaţile studenţeşti din alte ţări democrate; între studenţi şi toate categorile de cetăţeni, de muncitori, de ţărani, în muncă voluntară; şi cu toată populaţia ţării iau parte la luptă permanentă contra imperialiştilor atâtători de noui războaie; — bazată pe organizare şi unire studenţimea este chemată să desbată toate problemele cari stau în faţa organizaţiilor lor şi a întregului popor. Studenţii, cărora statul le crează atâtea avantàgii, àu şi 2 obligàţii — li le aminteşte Minist-rul lor: 1) Să înveţe cât mai mult şi cât mai bine 2) Să pue această învăţătură în slujba poporului.

— **Invăţaţi, învăţaţi, învăţaţi!** — şi-a terminat Cuvântarea ţinută în ziua de 20 Martie a. c. la Inaugurarea Facultăţii de agronomie de la Craiova D-l Prof. Traian Săvulescu, Vice-Preşedinte al Cons. de Miniştri. La fel sfătuise pe studenţi Lenin: **Invăţaţi, învăţaţi, învăţaţi!**

— Invăţaţi chiar în timpul vacanţiilor — când materia se revede, ca să se sistematizeze şi să se sedimenteze. Şi ca că să nu pierdeţi obicinuinţa, venindu-vă mai greu să o luaţi din loc dupe vacanţie. Veţi vedea, iubiţi studenţi nu numai dela medicină, cum trebue să folosiţi **dreptul la odihnă** dupe dreptul la muncă pe care, ca cetăţeni de asemenea vi-l recunoaşte Constituţia — ca să nu vă surmenaţi. Dar mai întâi, să învăţaţi cum să citiţi.

LICENŢIATUL IN MEDICINA

Ar fi absolventul a primilor 4 ani de medicină; a două doctorate; primul de materiile fundamentale teoretice cunoscute, al doilea pe materiile de studii practice şi biopolitice. Acest Licenţiat în medicină va avea dreptul de liberă practică în mediul rural, în care preparându-se pe îndelete şi făcând stagiile reglementare clinice într'unul din spitalele de provincie mai apropiate, va putea trece al 3-lea doctorat la una din vechile facultăţi de medicină şi va obţine titlul de Doctor în medicină şi chirurgie. Pe licenţiat îl va forma una din noile facultăţi de medicină înfiinţată la Timişoara şi Craiova. In **Problema învăţământului medical**, expusă de d-l D-r P. Toporaş în „Pagini medicale" din Bârlad No. 1—4/1947, între alte sugestiuni se face şi aceasta a Licenţiatului în medicină care va rezolva descongestionarea Facultăţilor de medicină şi va rezolva criza de medici rurali. Şi va mai face să nu mai fie **Sate fără medici**, cum a aflat că există, d-l Cezar Petrescu, dintr'un interview acordat de un eminent cardiolog din Capitală.

— Numai că între cele 5 cauze enumerate în interview: a) lipsa de confort; b) salarii mai puţin decât modeste; c) lipsa mijloacelor de comunicaţie; d) slaba pregătire profesională; e) neluarea de contact cu centrele spitaliceşti mai mari — nu se face menţiune despre cauza primară, de însăşi lipsa de medici (căci transplantarea medicilor dela oraşe la sate este inoperantă).

— Facultatea de medicină dela Craiova încă n'a luat fiinţă.

— Reforma învăţământului medical, care se proiectează, prevede medicul monotecnic, cu mai puţini ani de studii. Dar căruia va trebui să i se asigure în primii 2 ani, credem noi, o bază cu atât mai largă şi mai solidă, ca să poată aduna pe ea în viitor cunoştinţele ce n'a apucat să-şi asimileze în mai puţinii ani de studiu.

— Cu o bază atât de şubredă, formată numai din studii teoretice, ne închipuim ce va fi asistenţa sanitară la sate, până când licenţiatul va ajunge doctor şi cum va ajunge.

Scrutăm cu atenţia cuvenită pe licenţiatul în medicină, pentrucă problema lui comportă necunoscute multiple.

IGIENA ŞCOALEI PRIMARE RURALE

Din **„Consideraţiuni asupra Igienei Şcoalei primare şi a elevului din mediul rural,** Studiu întocmit pe 47 Şcoli primare din Plasa Sanitară Model Tomeşti-Iaşi, de către d-l D-r D. Pascu, studiu început în 1938, prin îndemnul Prof. Al. Slătineanu şi publicat în „Pagini Medicale" din Bârlaa No. 1—4/1947, aflăm: 37 sate cu o populaţie de 32.956 locuitorri la 31 Dec. 1937, cu 47 localuri de şcoală (dintre ele 7 sate cu 1348 suflete n-au local de şcoală), cu 67 săli de învăţământ şi 88 învăţători (deci nu fiecare învăţător are la dispoziţie o sală de învăţământ, încât devine o sală la 492 suflete şi un învăţător la 375 locuitori; — la construirea şcoalelor nu s'a cerut niciodată avizul Inst. de Igienă din Iaşi; — raza de domiciliu a elevilor se află între câteva sute de metri şi 4 km.; — ca orientare, numai 27,6% şcoli

sunt spre Est; ;; — în 67 săli de învățământ rotează 99 grupe de elevi, instrucția fiind de 4—5 ore; — 69 grupe de elevi stau cele câteva ore din zi în clase cu un cubaj de până la 5 mc. pro elev (din ele: 2 grupe cu săli cu un cubaj sub 1 mc., 28 în săli cu un cubaj de 1—2 mc., 22 în săli cu un cubaj de 2—3 mc.); — ca suprafață, un elev stă în 41 grupe cari frecuentează din cele 64 grupe înscrise pe 0.00—1 m. p.; — ca closete, din cele 37 școli 2 n-au, 4 școli îl au sub forma unui țarc comun cu găuri (prin care se vede și intră animale și păsări), restul de closete murdare cu groapa mereu plină și scaun de neîntrebuințat; — băncile n-au spătar, nu sunt confecționate după talie, întotdeauna primesc 1—2 elevi mai mult decât lungimea lor; — 32.4 la sută din școli n-au avut suficient combustibil iarna. Dintre 1327 școlari: 8305 la sută aveau ascarizi, 42.2 la sută tricocefali, 28.3 la sută oxiuni, 39.16 la sută păduchi. Dintre cei 4881 elevi la 32.956 locuitori nu frecuentau școala decât 3641, deci un procent de 74.5%. Ca alimentație, 25.65% nu mănâncă nimic înainte de a merge la școală, 51.16% mănâncă mămăligă cu ceva și numai 28.5% lapte.

— Cifrele sunt concludente. Nici măcar localuri de școală ca lumea, dacă nu spirit școlar. Pentru remediere, trebuesc mobilizate mijloacele locale și fixate răspunderile. In cadrul de lucru planificat și cu concursul organizațiilor de mase.

— Iar la orașe, și un medic școlar primar, în cadrul muncei voluntare, din zecile și sutele de medici cari s'au fixat la orașe.

http://biblioteca-digitala.ro / Biblioteca Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

INTRECERI SANITARE.

Scrie în ziare: „Inspectoratul Sanitar Iași, a provocat la întrecere toate inspectoratele sanitare din țară. In afară de această provocare, Inspectoratul Cluj a provocat pe cele din Constanța, Oradea și Timișoara, Inspectoratul Dolj pe cele din Gorj, Maramureș și Constanța. Inspectoratul General Sanitar al Capitalei, se găsește în întrecere cu Inspectoratul Iași și Constanța.

Intrecerile se fac în: întărirea disciplinei, punctualitate în serviciu, consultarea și îngrijirea cât mai atentă a bolnavilor, depistarea urgentă a cazurilor contagioase, economie de material.

Toate aceste puncte ale întrecerilor sunt anterior stabilite de participanții la întreceri, rezultatul urmând a se da în ziua de 1 Mai 1948".

— Punctele de întrecere ori fi fost stabilite anterior. Fără îndoială, cu mult înainte; ca să fi avut timp să lucreze. Și, stabilirea rezultatelor se va face după **Controlul executării hotărârilor**, în conformitate cu respectarea obligatorie a celor 4 condiții de control care formează **Metoda de bază a conducerii muncei de Partid bolșevic**, în orice sector de muncă economică și culturală: controlul sistematic de îndată după adoptarea hotărîrilor; — conducătorii să se ocupe de con-

trolul executării efective, ei fiind responsabilii; controlul la fața locului, nu după formale dări de seamă; — controlul obiectiv și exigent, cu tăioasă critică a neajunsurilor constatate. Întărirea controlului merge cu nevoia de a se îmbunătăți metodele/întregi munci de conducere. (Din articolul de fond al ziarului „Pravda" No. 17/IV. 1948, reprodus în „Scânteia" din 1 Mai 1948).

— Metodă de lucru valabilă pentru orice fel de muncă, mai ales în domeniul sanitar, în care efectele se manifestă pe planuri multiple îndepărtate. Semnalăm între punctele de competițiune, cari ar putea să fie, numărul de fișe familiare, pe gospodării, întocmite la sate și ținerea lor la curent de către medicul de circumscripție rurală — fișe pe cari le propuneam odată, ca scop și criteriu de evidențiare a activității sanitare la țară, criteriu și ușor de controlat.

— Nu odată am revenit asupra nevoiei capitale a controlului în opera sanitară, pe teren, de către Inspectorii generali sanitari pe cari îi socoteam „ochii și urechile" pentru informare ale M-terului; după cum medicii șefi de județ trebue să reprezinte organele de raportare exactă, pentru Inspectorate. Ochi și urechi cari se poate întâmpla să nu funcționeze peste tot și întotdeauna în condițiuni optime. Supracontrolul organelor de control se impune, operă de a doua mână, de mână forte, care constituie pentru control **Autocontrolul**, după cum **Autocritica** pentru critică. Pentru începutul de îndeplinire a acestor sarcini, se impune intrarea în acțiune a Subinspectorilor G-rali sanitari și a Medicilor sub-șefi de județ, care chiar dacă prevăzuți în legea sanitară nu funcționau în trecut peste tot. Dublați, vor putea să stea unul la centru, ca să facă operă de biurou; iar celălalt să se deplaseze, ca să urmărească activitatea pe teren — pe teren, nu să-și facă formele de deplasare de-acasă; și să stabilească criteriile „Intrecerii sanitare" dela biurou, prin dă-i'e de seamă necontrolate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NOUĂ METODĂ DE TERAPIE ȘI DE PRELUNGIRE A BĂTRÂNEȚEI

SERUL CITOTOXIC ANTIRETICULAR AL LUI BOGOMOLEȚ

Acest ser realizează o terapie patogenică într'un șir de boale; în care stimulează funcțiile sistemului fiziologic al țesutului reticular. Se obține prin metoda imunizării cailor cu celule splenice și cu celule de măduvă osoasă, luate dela cadavre umane. Sunt de preferat cadavrele indivizilor morți subit, cari n'au suferit de nicio boală contagioasă. Determinarea puterii citotoxice a serului se face prin metoda fixării complementului (reacțiile Bordet—Geangou), folosindu-se în calitate de antigen pentru reacțiile fixării complementului, același antigen care se aplică animalelor imunizate; și anume se determină în ce diluție serul mai poate da o fixare complectă a complementului-practic, se aplică în scop tera-

peutic acele seruri cari dau o fixare a complementului în diluţii nu mai mici decât 1:100; pentru tratamentul unui om se face o injecţie subcutanată de ser citotoxic antireticular cu titlul de 1:100, în cantitate de 0.3—0.10 cmc., înainte de injecţie serul se dizolvă în cantitate de 10 ori mai mare de soluţie izotonică de clorură de sodiu; dozele mici stimulează, dozele mari inhibă acţiunea funcţiilor ţesutului conjunctiv.

Ţesutul conjunctiv conţine elemente histologice foarte variate. Ele provin din mezoderm. Reacţionează histologic specific în raport cu excitantul. A fost conceput ca un sistem fiziologic aparte de diferiţi autori: Ranvier; Mecinikov (Sistemul macrofagic); Aschoff (Sistemul reticuloendotelial); Gugliemo (Sistemul citostramic); Joffe (Mezenhimul activ); Achard (Sistemul lacunar); iar Bogomoleţ, în lucrarea „Constituţia şi Mezenhimul" din 1924 l-a numit **„Sistemul fiziologic al ţesutului conjunctiv"**.

Care sunt, după autor, aceste funcţiuni? O funcţie trofică şi o funcţie de depozit; o funcţie plastică prin care participă la vindecarea plăgilor; participă la lupta organismului contra infecţiilor, prin elaborare de anticorpi şi fagocitoză; participă la reacţiile organismului contra canderului; mecanic, formează scheletul organismului. Reglarea funcţiilor ţesutului celular se face, poate, pe cale endocrină. **Organismul are vârsta ţesutului conjunctiv.** Autorul a izolat tipuri constituţionale după caracterul sistemului fiziologic al ţes. c.: astenic, fibros, pastos şi lipomatos. Ţes. c. participă la activitatea de transport şi de aprovizionare a celulelor ţesuturilor cu albumine, lipoide, etc. El umple spaţiul dintre capilare şi celulele parenchimatoase, formând **„bariera hemato-parenchimatoasă"** depozit şi barieră din care şi prin care celulele îşi iau resursele plastice şi energetice necesare. **Starea barierii hemato-parenchimatoase condiţionează buna stare şi funcţionare locală şi generală a organismului,** sănătatea lui şi o viaţă îndelungată.

Lezarea funcţionării ţes. c. duce la producerea hipertensiunei (hipertoniei) arteriale (Serul antireticular, scade durabil presiunea) şi a canderului (Serul citotoxic se opune la desvoltarea canderului şi a metastazelor). Serul lui Bogomoleţ grăbeşte consolidarea fracturilor; vindecă repede multe boale infecţioase (scarlatine) şi septicemice (infecţia puerperală), abcesele pulmonare; reumatismul; infecţii ale sistemului nervos (schizofrenia prin turbunarea funcţiei mesogliei) ş. a. De administrat numai doze mici (0.05—0.10 cmc.) care sunt stimulante.

Cum lucrează serul antireticular? favorizând funcţiile: plastică, apărătoare şi trofice, ale ţ. c. Din primele ore după injecţie se măreşte permeabilitatea barierii hemato-parenchimatoase, apare o însemnată limfocitoză; apoi o monocitoză durabilă, câteva zile, dar relativă, căci pe măsură monocitele trec din sânge în ţesuturi. Alte teste de acţiune sunt: mărirea indexului canceroliţic; mărirea indexului opsonic al sângelui şi a energiei fragocitare a leucocitelor; creşte cantitatea de neutrofile segmentate mature; viteza de sedimentare cu trypanblau o pic. injectată intradermic dintr'o soluţie de 0.5% difuzează cu atât mai repede spre periferie.

Această **terapie patogenică naturală** (nici specifică, nici cauzală,

nici simptomatică), care se adresează la mai mult decât o boală, a practicat-o încă dela 1900, Mecinicov şi Bezredca cu ser hemolitic (ca să intensifice formarea eritrocitelor) şi cu ser leucotoxic (ca să provoace leucocitoză). Dar cu ser antireticular, cu o atât de salutară semnificaţie, noua metodă pusă în practică de marele savant rus Acad. A. A. **Bogomoleţ**, după al cărui articol astfel intitulat, reprodus în Analele Româno-Sovietice No. 1/1946 o publicăm, se pune în slujba luptei **„contra îmbolnăvirii timpurii a organismului şi pentru o vieţă normală mai îndelungată"**.

— In mulţimea de noduli limfatici în organism, Bogomoleţ vede un mare stoc al mezenchimului activ pentru toată durata vieţei; din care vin organismului toate complectările necesare. Atrofia nodulilor limfatici este o consecinţă a vârstei înaintate. Astfel fiind, mai scoatem amigdalele? Şi, în contra infecţiilor în focar trebue neapărat să intervenim chirurgical? Ori, să mai practicăm preventiv (şi chiar curativ, când nu este zor), ablaţia apendicelui?

— In faţa serului citotoxic antireticular al lui A. Bogomoleţ, aşezăm **Reticulina M.** a Prof. **I. Moldovanu**. Despre acest remediu românesc, Hormon al Sist. reticulo-endotelial, cu aplicaţiuni întinse, într' cronică viitoare.

— Deocamdată trimitem la articolul **„Contribuţie la studiul tumorilor"** al D. D-r V. Gomoiu, publicat în acest număr, lucrare care constitue o contribuţie românească şi la cunoaşterea ţesutului conjunctiv.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FIZIOLOGIA MUNCII STAHANOVISTE

Intr'un articol, publicat în Analele Româno-Sovietice No. 2/1946, Prof. M. I. Vinogradov expune **Fiziologia muncei stahanoviste**. Dar, ce este **Munca sstahanovistă, Stahanovismul?** In Cuvântarea ţinută la prima consfătuire a stahanoviştilor din Uniunea Sovietică la 17 Noemvrie 1935, **I. V. Stalin** o defineşte astfel: Munca stahanovistă exprimă o etapă nouă, superioară, a întrecerii socialiste; inaugurează o nouă tecnică de lucru; care depăşeşte normele tecnice de astăzi; care revoluţionează industria; şi care este chemată să mărească producţia de lucru şi să îmbunătăţească starea materială, în cât fie-care muncitor să nu mai primească după munca ce a depus, ci după nevoile pe care le va avea, prin ridicarea nivelului cultural-tecnic al clasei muncitoare la nivelul inginerilor şi al tecnicienilor — marcând astfel trecerea dela Socialism la Comunism. Stahanoviştii dau pildă de exactitate şi de preciziune în muncă, socotesc timpul nu numai în minute, dar şi în secunde — reuşind să sfărâme normele tecnice învechite, să aducă corectări capacităţilor de producţie, să complecteze şi să corecteze necontenit pe ingineri şi pe tecnicieni. Adăogă, mai departe, că protagoniştii declaraţi „eroi ai muncii" carî au reuşit să sporească norma de obţinere sunt: **A. Stahanov** în extracţia cărbunelui, **Busighin** în construcţia de maşini, **Muesinski** în domeniul forestier, şi **Smetanin** în industria de încălţăminte. Arată rădăcinile mişcării stahanoviste, care prin

eroii muncii a explodat ca un uragan şi s'a întins peste U. R. S. S.. Explică de ce este nevoe de „Oameni noi—la norme tecnice noi". Indică sarcinile imediate şi cele viitoare ale mişcării stahonoviste" care va intra în istoria construirii socialiste ca una din pagjnile ei cele mai glorioase".

Mişcarea aceasta, isbucnită în 1935 prin exemplul dat de A. Stahanov, chemată să mărească şi mai mult randamentul muncii, obţinut prin sistemul de raţionalizare şi de Taylorism american, nu epuizează fizic pe muncitor, care introduce în executarea lucrului său ritm şi ordine. Studiul Prof. M. I. Vinogradov, care scrie: Ritmul muncii este unul din factorii esenţiali ai productivjtăţii ei. Printre prjncjpalele cauze ale oboselii este şi stingherirea mişcărilor motrice care conduce la stingherirea temporară a structurii operaţiei. Coordonarea ritmului şi a timpilor activităţii zonelor izolate ale sistemului nervos este metoda de bază în formarea ritmului. Funcţiile organismului sunt legate de nevoile actului-motor reînoit periodic printr'o periodicitate optimă care se bazează pe prezenţa stimulaţiei „active" suficiente şi pe utilizarea forţelor „pasive" (elastice, de inerţie). Se are în vedere durata intervalului dintre începutul şi sfârşitul ciclului mişcărilor repetate şi caracteristica temporară a etapelor separate ale ciclului. Datele se obţin prin analizele ciclografice ale mişcărilor şi pe calea cronometrajului. Tablouri şi scheme grafice pentru durata mişcărilor executate de stahanovişti şi nestahanovişti evidenţiază diferenţele, prin coordonarea optimă a tutulor actelor care este caracteristica muncii stahanoviste, nicidecum încordarea reacţiilor fiziologice. Esenţa stilului de lucru stahanovist conduce la economia puterilor, a materialelor şi la ridicarea productivităţii munqij. Autorul şi-a bazat concluziile pe cercetarea duratei structurilor temporare ale operaţiilor (la diferite feluri de munci), pe coeficientul divergenţei structurilor temporare, pe viteza mişcărilor (încheetului mâinei), pe curbele deplasărilor fluxului epidermic sub influenţa reflexului galvanic, pe starea echilibrului muşchilor oculari şi a vederii clare (în tricotaj şi montaj), a variaţiei forţei muşculare, a variaţiei pulsului în timpul zilei de lucru (la strungare).

Noua tecnică sovietică, care duce la supraproducţie, se bazează nu pe suprasforţare (şi epuizarea muncitorului), ci pe introducerea în executarea lucrului de ritm şi ordine, care cresc şi calitatea lucrului efectuat.

— Datele de mai sus privesc noţiuni de ordin medical care se raportează la fiziologia muncii în general. A muncii manuale, fizice. Vor putea fi aplicate şi la munca intelectuală, pentru a-i spori cantitativ şi calitativ randamentul? Tecnica sistemului de muncă în colectiv şi aplicarea principiului reflexelor condiţionale selecţionate servesc educării pedagogice şi cercetării ştiinţifice în egală măsură.

DIVORŢUL.— PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ

Din cadrul „Discuţii" şi „Vorbe de clacă" al unor cotidiene, desprindem câteva înţelesuri şi cu tâlc, privitoare la Divorţ. De înţeles şi cu aplicări medico-sociale. Le cuprindem în această Cronică medicală,

pentrucă Divorțul constitue nu numai o Problemă socială; dar și o Problemă medicală. Mai mult decât o Problemă, o adevărată Boală grefată pe instituția Căsătoriei, a Familiei, a Societății; — boală care se întinde, numărul divorțurilor este în creștere; boală pe care o favorizează, între alte condițiuni prielnice survenite în ultimul timp în tot mai largă măsură, consimțimântul tacit al soților nu atât grăbiți cât puși în situație de a nu mai putea viețui împreună și simplificarea formalităților de divorț. Azi te poți despărți în circa 2—3 luni, de comun acord, nemai fiind nevoe să faci formele pe o adresă greșită; și nici să recurgi la procedeul Stoneham din America, de care vorbește D-l Sandu Vornea, prin substituirea bărbatului (pe când și a femei?) ca să nu riști a deveni bigam sau bigamă — și să o iei dela început, în partidă dublă.

Caracterul medical al divorțului îl pune de curând intervenția în discuție a D-lui D-r Ioanin Lupescu:

„In privința cauzelor divorțului toate discuțiile în jurul acestei teme de o extremă importantă socială, ocolesc cu o prudență deosebită sau poate cu o pudoare inexplicabilă, adevărata cauză a majorității divorțurilor, substratul real al așa ziselor **„nepotriviri de caracter"**.

Aș dori să contribui numai cu unele noțiuni, lăsând deoparte sentimentul pudoarei și demonstrând evidența unui adevăr.

Este sigur că între viața sexuală și psihic există o strânsă legătură. Astfel se explică și marele număr de nevroze la așa zisele femei frigide. In genere femeile au instinctul sexual mai puțin desvoltat ca la bărbat, totuși voluptatea trebue să existe, pentrucă așa este normal. Lipsa acestei voluptăți creiază frigiditatea. Dar frigiditatea nu există decât în foarte rare cazuri de anomalii anatomice sau în perversiunile patologice. Indiferența sexuală apare numai acolo unde intervin mari lovituri psihice sau chiar fizice.

De cele mai deseori stimulul, care este absolut necesar în asemenea împrejurări — lipsește cu desăvârșire. Trebue să se țină seama că la femei, curba sensațiunilor nu este egală cu cea a bărbatului și acest fapt implică o atitudine deosebită din partea acestuia. In majoritatea cazurilor încumbă bărbatului vina principală a anesteziei femenine. Brutalitățile, lipsa de delicatețe, lipsa de virilitate și mai ales de experiență și de tact, vor contribui totdeauna la acest **„neajuns fizic"** pe nedrept atribuit femeii. Exemple numeroase dovedesc că nu există femei insensibile, ci femei ce nu și-au găsit forma adecuată a satisfacției. Cu alte cuvinte, există o **anestezie aparentă**. Celebrul scriitor Balzac spunea: „Căsătoria este o știință". Și dacă ținem seama că și popoarele primitive dădeau foarte multă importanță sexualității, nu trebue să ne mirăm de indieni și de popoarele europene, care ajungând la un înalt grad de civilizație, au dat la iveală numeroase publicațiuni, pentru instruirea celor fără experiență".

*

Caracterul medical, sexual și psihologic, al divorțului l'a pus înainte și L. Blum, în cartea „Despre Căsătorie"; D-rul Th. H. Van de Velde (dela Clinica Ginecologică din Haarlem (Pays-Bas) în „Le mariage parfait"; cu ei, atâția alți autori și fiecare individ în parte; natura, prin atracția sexelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Leon Blum, luând în considerare omenirea normală — acea medie umană pentru care se fac legile şi moravurile, stabileşte o lege (lege pe care excepţiile ar confirma-o): bărbatul şi femeia sunt întâi poligami, şi numai apoi, în imensa majoritate a cazurilor, ajunşi la o anumită treaptă a desvoltării şi vârstei, năzuesc spre monogamie şi încheie cu ea. Unirea liberă, poligamia liberă dela început, va evolua cu timpul spre monogamia legală, spre căsătorie, atunci când instinctul de schimbare sleindu-se atât bărbatul cât şi femeia intră în a doua fază a sufletului şi a simţurilor. Viciul căsătoriei actuale este că uneşte un bărbat ce tinde sau a şi ajuns la perioadă monogamică cu o femeie încă intactă (adică, neevoluată). Autorul se sprijină pe relatarea şi analiza psichologică a numeroase cazuri. Este atât de convins de adevărul celor enunţate, încât afirmă că, având o fată, ar îndrăsni să o crească în aceste vederi. Deocamdată, în bărbat fericit, printr'un simţământ de recunoştinţă, o dedică soţiei sale.

— Nu în cadrul unei simple cronici se poate comenta o carte, cu un asemenea subiect. O semnalăm pentru reflexii. O menţionăm pentru legăturile „de probă", „de încercare" cari fac ravagii la sate; căsătorii libere pe care le impun foarte deseori părinţii copiilor lor nevârstnici, printr'un obiceiu consfinţit de legea pământului, împreunări pentru care şi mai des nu cer voe nimănui — cum se petrec de regulă lucrurile la periferia oraşelor sau în lumea mare din care s'a inspirat lucrarea autorului.

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Profesorul D-r Th. H. Van de Velde în „Căsătoria perfectă" întreprinde Studiul fiziologiei şi tecnicei căsătoriei, punându-i ca motto „Le mariage est une science" al lui H. de Balzac. In esenţă, autorul explică nepotrivirile de caracter prin nepotriviri temperamentale sexuale la plecare şi la sosire între bărbat şi femee. „Bărbatul pleacă cu accleratul, femeia cu trenul de persoane; unul ajunge când celălalt partener se pregăteşte să plece" — spunea, plastic, regretatul Prof. Petruş Niculescu, un spirit cu talente remarcabile manifestate fără ordine în domenii multiple.

— Ştiinţă, dar şi Artă; Instinct sexual şi Simţ psichologic — căsătoria le întruneşte în egală măsură. Pentrucă nu se ţine socoteală de ele, divorţul îşi face apariţia. Dar căsătoria prezintă numeroase alte laturi, tot atâtea otgoane care leagă şi desleagă, între cari: materială, etică, chiar estetică, a lipsei de informare, a bunului (sau răului) exemplu, şi mai ales o latură socială prin cauze şi consecinţe. Inzistăm asupra acesteia din urmă: în clasele muncitoare când ambii soţi sunt ocupaţi, să-şi câştige din greu existenţa, chiar libere la început legăturile sunt mai solide şi conduc mai repede la stabilizarea lor legală. Munca în doi, care apropie şi leagă, temperează exaltarea simţurilor, prin ocupare care se opune la preocupare. In doi, sau în colectiv. Muncă manuală sau intelectuală. De ideal mai restrâns, personal; sau de orizont larg, social. Munca care învinge toate, consolidează legăturile sentimentale şi sfinţeşte pe cele sexuale.

VIZITA PROF. ANDRÉ BOIVIN

D-l Prof. André Boivin, Membru al Academiei Române de Medicină, Profesor la Facultatea de Medicină din Strassbourg, fost Şef de serviciu şi fost Sub-Director al Institutului Pasteur din Paris, ne vizitează ţara. După războiul din 1916—18, după recomandaţia D-lui Prof. I. Cantacuzino, D-sa a fost angajat de Guvernul român Profesor de Chimie biologică la Facultatea de Medicină din Bucureşti. A funcţionat până în 1936, când s'a înapoiat în Franţa, la Institutul Pasteur din Paris, ca Şef de serviciu, Sub-Director al Institutului, şi Director al Laboratorului de cercetări chimice în relaţie cu imunologia. Ce-i datorează Invăţământul medical românesc, în care la Catedra de Chimie biologică a fondat o Şcoală şi o Tradiţie, s'a spus la Masa de rămas bun oferită Profesorului André Boivin în seara de 14 Martie 1936, în Cuvântările rostite de D-l Prof. Gh. Marinescu, Prof. D. Danielopolu, Prof. C. Ionescu-Mihăeşti, D-r Şt. Irimescu, Prof. S. Lalu.

— Ce savant de mare clasă, ce biochimist de anvergură şi cercetător care merge în adânc şi priveşte departe, este André Boivin, va reeşi din Lucrările D-sale şi a celor 2 Conferinţe ce a binevoit să ţină în Bucureşti. Prezentăm câteva:

Les phénomènes biologiques et l'energétique, scrie de 6 conferinţe făcute la Institutul D-r Cantacuzino în Ianuarie şi Februarie 1934, asupra raporturilor existente între fenomenele biologice şi emergetică aceasta fiind privită atât din punctul de vedere al termodinamicei clasice cât şi din punct de vedere al microenergeticei (Teoria quantelor) — în cari sunt studiate: Celula vie considerată ca producătoare consumatoare de energie; Acţiunile osmotice ale celulei vii; Permeabilitatea iritabilitatea şi energetică celulară; Celula vie, şi în special celula musculară, considerată ca transformator de energie — Conferinţe care au fost publicate în Reviste Ştiinţelor medicale No. 5/1934 şi No. 1/1935.

Digitized by Universitatea "Ion Creanga" Iasi

*

Bacterii şi virusuri, 1 volum apărut în editura Jean Leon din Bucureşti în 1947, traducerea făcută depe ediţia II franceză de D-na Lidia Mesrobeanu, Şefă de lucrări la Facultatea de medicină din Bucureşti, veche colaboratoare a autorului — în care se prezintă **morfologia şi biologia bacteriilor şi a virusurilor:** Bacteriile în viaţa lor liberă (Morfologia cu multiplicarea lor; Constituţia chimică cu modul de nutriţie; Metabolismul Respiraţia, Fermentaţia la bacteriile heterotrofe, autotrofe şi chimiosinteţisante; Florele bacteriene şi marile cicluri ale elementelor biogene în natură); Bacteriile în viaţa lor parazitară (Toxinele bacteriene; Fagoccite şi Fagocitoză; antigenele bacteriene şi anticorpii corespunzători, în general şi în cursul boalelor infecţioase; Chimioterapia); Variabilitatea bacteriilor şi noţiunile de Specie; Virusurile şi frontierele vieţei (Maladiele cu virus şi apărările organismului, Proprietăţi generale şi Constituţia lor particulară, Virusurile cristalizate). Natura virusurilor: fiinţe vii sau simpli compuşi chimici?

*

Se **pregăteşte o revoluţie în domeniul vaccinurilor bacteriene?** articol

publicat în colaborare cu albert Delaunay în Presse medicale No. 9/1947 — în care relatează, controlează şi comentează rezultatele unor cercetări (străine şi personale) prin cari s'a constatat că specifitatea fie-cărui tip de preumococ este legată de prezenţa unui polisacharid propriu fie-cărui tip şi s'au obţinut cu aceste polisacharide specifice vaccinări eficace, — intrându-se astfel mai adânc în natura specificităţii microbiene şi a prepărării vaccinurilor bacteriene.

*

Données récentes sur la constitution chimique et sur la structure cytologique des bacteries, Conferinţă ţinută în Bucureşti la 14 Aprilie crt. — acidul desoxiribo-nucleinic, care există în abundenţă în nucleul bacteriilor; cleu care ca şi la celulele animale şi vegetale are la bază acidul nucleinii se prezintă figuri de diviziune.

*

Les acides nucleiniques et leur rôle dans le monde vivant, des êtres supérieurs aux virus, Conferinţă ţinută la 15 Aprilie crt. — în care spune că acidul desoxiribo-nucleinic, care există în abundenţă în nucleul bacteriilor; caşi la fiinţele vieţuitoare este depozitarul caracterelor ereditare ale speciei (constituantul caracteristic al genelor la bacterii caşi la fiinţele superioare). Virusurile sunt şi mai bogate în acid nucleinic decât bacteriile.

*

In inframicrobi Prof. Boivin vede produsul unei degradări survenite în cursul vremurilor a unor microorganisme cari la început au fost bacterii, „eliminându-se proteinele simple, glucidele, lipidele, ultimele urme enzimatice, pentru a nu rămâne decât nucleoproteinele pure, martorii scheletului chimic fundamental al strămoşilor îndepărtaţi, pentru a nu se mai păstra decât puterea de multiplicare „conformă" acestor strămoşi. Fiinţe vii sau simpli compuşi chimici, virusurile ne duc la frontierele vieţei, la ultimele limite care separă lumea vie de lumea neorganică".

— Sunt speculaţiuni bazate pe cercetări, menite să contribue la rezolvarea Problemei apariţiei şi a evoluţiei vieţei pe pământ, pe care o expune şi D-r G. Holodnaţ, în Analele Româno-Sovietice No. 1/1946 într'un articol reprodus din rev. „Progresele Biologiei Moderne".

Pe D-l Prof. André Boivin, caşi mai înainte pe D-l Prof. C. Levaditi la Facultatea de Medicină din Cluj, nu l-am împedecat la timp să ne părăsească ţara. Ba i-am împins să plece.

M. C.

TUBERCULOZA

Cum ne îmbolnăvim de tuberculoză, expune D-l D-r Gh. Alexiu. Medic primar ftiziolog, într'o serie de articole publicate în „Universul", cu noţiuni pe înţelesul tutulor, dar de cari cei mai mulţi nu ţin seamă: ne îmbolnăvim în tot cursul vieţei (chiar la bătrâneţe); în diferite feluri, prin infectări masive şi repetate; prin infectări secundare endogene sau exogene; prin infectări masive tardive, prin anergie accidentală (dupe

pojar, tuse măgărească, în sarcină, în alăptare ş. a.); prin anergie pozitivă (dupe vindecarea primelor leziuni); prin teren slab, predispus; prin excese şi eforturi prelungite, intoxicaţiuni, şoc intens prelungit al agenţilor fizici (precum excesiva bronzare la mare) ş. a.

*

Aspectul post-belic al tuberculozei şi bazele combaterii ei, le tratează D-l D-r M. Blechmann, Director al Institutului pentru Studiile şi Profilaxia Tuberculozei în „Semnalul" din 25 Dec. 1947: „Maladie socială", reclamă „tratament social"; prin „metode sociale" cari marchează „momentul social" al luptei antituberculoase prin contopire de bunuri, bani şi intenţii; organizare ştiinţifică a ansamblului dispozitivului antituberculos clinic, biologic, sociologic şi economic; înaltă ţinută etică în pas cu cercetarea ştiinţifică.

*

Liga naţională contra tuberculozei — ieri şi azi, ce a făcut şi ce face, spune D-l D-r A. Şaim, Secretar G-ral al Ligei. Ce va face mâine? aşteptăm să ne spună M-terul Sănătăţii, prin Direcţia specială a Tuberculozei, care a etatizat oficializînd această luptă. Şi să constatăm pe teren.

*

Vindecarea tuberculozei se urmăreşte în prezent prin experimentarea unui nou medicament, **acidul para-amino-salicilic** al suedezului I. Lehmann, care ar fi dat rezultate remarcabile în Anglia. La noi, D-nii Prof. S. Oeriu şi C. I. Parhon, ajutaţi de un colectiv de colaboratori, au produs şi experimentat cu rezultate strălucite cu produs nou românesc, **1, 2—streptomicină plus aliltiocinat şi sulfosalicilat.** Descoperirea a fost anunţată în Consiliul Naţional de cercetări ştiinţifice al Academiei Române, în ziua de 27 Aprilie a. c., de D-l Prof. S. Oeriu, în comunicarea „Contribuţiuni la chimioterapia tuberculozei"; şi de D-l Prof. C. I. Parhon, în Comunicarea „Cercetări histopatologice asupra modificărilor unor glande endocrine în tuberculoza experimentală a cobaiului sub acţiunea unor medicamente şi în afară de orice tratament".

— D-l Prof. S. Oeriu, lucrează de mult timp în tuberculoză. In 1934 o publicat împreună cu D-nii D-ri I. Bălănescu, D. Zamfir şi I. Stănescu: „Contribuţiuni la studiul calciului, fosforului şi colesterinei în evoluţia tuberculozei pulmonare" (Rev. Şt. Med. No. 1/1934); şi cu D-nii D-ri I. Bălănescu şi D. Zamfir: „Studiul fermenţilor lipolitici şi viteza de sedimentare globulară în tuberculoza pulmonară" (Rev. Şt. Med. No. 12/1934).

CERCURILE DE STUDII MEDICO-SINDICALE.

Cercurile de studii sindicale, fac legătura între diferitele Instituţiuni şi Sindicatele respective. Ambele colaborează şi se ajută în activitatea lor. Unele reprezintă organele de concepţie, celelalte pe cale de execuţie. Fiecare în parte şi amândouă împreună angajează colectivi-

Cluj Central University Library Cluj

tatea, participarea comună la efort. O procedare socială, populară, democrată, care angrenează şi contribuţia individuală. In toate ramurile de activitate în stat teoria precede practicei, şi concepţia execuţiei. In nicîuna, poate atât de necesar ca în domeniul Sănătăţii publice, în care dibuirea nu mai este permisă.

Prin **Cercurile de Studii medico-sindicale** se vor putea realiza deziderateie pe cari le-a expus în Conferinţa ţinută în cadrul „Zilelor Medicale" dela Galaţi, din 1 şi 2 Febr. a. c., D-na **Ministru Dr Florica Bagdasar**: Rolul planificării, Concursul dat de organizaţiile de mase şi Nevoia punerii la punct în cunoştinţele tecnice ale cadrelor — în opera sanitară.

Am privit cu înţelegere din primul moment, organizarea acestor **Cercuri de studii medico-sindicaliste** cari transformă şi nu desfiinţează. Am salutat cu bucurie crearea **Cercului de studii medico-farmaceutice din Craiova**, care leagă **Cercul medico-farmaceutic din Craiova**, Societate ştiinţifică înfiinţată în anul 1902, de **Sindicatul Sanitar al judeţului Dolj**. Ştiinţa medicală, atât de des stearpă şi fără ecou — mai cu seamă când este falşe sau aproximativă, când scoboară în arena socială se valorifică prin aplicare. O Societate medicală ştiinţifică capătă viaţă când face ştiinţă medicală aplicată.

Revista „Acta Medica Romana" va publica în extenso activitatea acestui **Cerc de Studii medico-farmaceutice din Craiova**, — dupe cum va publica Dări de seamă asupra activităţii altor Cercuri similare din ţară, cum face în chiar numărul de faţă cu **Cercul de Studii de Pediatrie preventivă şi curativă din Cluj**. Aceste activităţi vor reflecta **Pagina medicală sindicală** a revistei, care va veni să complecteze **Pagina de Medicină socială**, ca împreună cu celelalte pagini sau laturi să întregească **Medicalul românesc ştiinţific profesional şi social**, un tot întreg unic şi coerent — de realizat prin metodele progresiste.

Digitized by Central University Library Cluj

PROFESORUL DR. ANIBAL THEOHARI
1873—1933

de

D-r V. PLATAREANU
Chirurg primar
Membru al Academiei de Ştiinţe

Ce uluitor de repede trece timpul şi ce adânc este abisul uitării! Poate că în această uitare stă, mai ales, greşelile omenirii şi întârzierele evoluţiei spirituale ale lumei. Uităm prea repede tot ce este folositor, tot ceea ce îndrumă, tot ceea ce este pildă de sacrificiu, tot ceea ce ilustrează specia umană.

Să ne recunoaştem păcatul, deci, şi să ne îndeplinim o înaltă şi pioasă datorie, întorcându-ne privirea chiar în trecutul nu prea îndepărtat şi să înlăturăm vălul des al uitării de pe figurile cărora datorăm atât de mult, nu numai ca medici ci şi ca români şi ca oameni.

* * *

Îmi sboară gândul la vremurile de acum aproape un sfert de veac, şi mă revăd intern la spitalul Brâncovenesc, făcând stagiul cuvenit în serviciul Prof. Anibal Theohari.

Era o cinste să fii primit intern, de către ilustrul profesor şi cinstea aceasta o împărţeam cu eminentul coleg de serie D-r. Andrei Cârstea, devenit astăzi emeritul practician gastro-enterolog. Cunoscusem, mai dinainte, pe Prof. Theohari, dela cursurile de terapeutică ce se făceau, pe atunci, în anul IV de medicină, dar era o cunoaştere dela distanţă, dintre bancă şi catedră, care nu îngăduia să vezi decât o parte a personalităţii sale; anume o infinită bunătate! Nu cred că Prof. Theohari a lăsat vreo dată un student să cadă la examen, dar nici nu cred că puteai vedea pe vreo figură mai multă durere, surprindere şi resemnare, în acelaşi timp, ca pe figura Prof. Theohari, când vreun student, cu pieptul bombat de curaj şi cu faţa înseninată de inconştienţa ignorantului, răspundea aberaţiuni sau enormităţi, convins că „l-a păcălit" pe profesor.

Când dozele terapeutice, prin gura studentului ignar, începea să atingă cifre impresionante, duiosul şi blândul Prof. Theohari, schiţând un gest de eliberare a gâtului din gulerul tare care şi aşa era totdeauna prea larg, ruga, insistent, pe năzdrăvanul învăţăcel a lui Esculap să mai scadă din dozele astronomice, dar, încăpăţinarea semidoctă se lăsa anevoios învinsă.

Ce drame se întâmplau zilnic, în sufletul acestui mare profesor, eminent ştiutor şi delicat medic, când oamenii şi faptele îl contrariau.

In clinică, la vizita matinală, atât de amănunţit făcută, înţălegeai dacă puteai, fireşte, toată grandoarea ştiinţifică şi toată valoarea clinică a acestui mare medic.

Totdeauna în curent cu ultimile noutăţi ştiinţifice, era de neînvins, oricât te-ai fi străduit să-l ajungi, necum să-l depăşeşti.

Superioritatea acestui mare medic, consta dintr'o dublă intuiţie a bolnavului: ca individualizare a maladiei, pe de o parte, iar pe de altă parte, a organismului, ca un întreg în care se petrece dezordini anatomice şi funcţionale.

Aveai certitudinea că, în momentul când examina bolnavul, în mintea Prof. Theohari se năşteau imagini plastice, clare, asupra procesului patologic din adâncul ţesuturilor sau al organelor suferinde.

Marea sa cultură medicală, includea întinse cunoştinţe de biochimie şi fiziopatologie, şi în felul acesta, acţiunea terapeutică era formulată şi aplicată numai în scopul de a îndruma revenirea funcţionalului şi structuralului către normal.

Anatomia normală şi patologică, fiziologia normală şi patologică cu toate manifestările lor clinice, chimia şi fizica biologică, farmacodinamia şi dietetica, constituiau într'o largă măsură, fundamentul gândirei medicale a Prof. Theohari.

Rezultatele ideale acestei elaborări prin colaborarea atâtor discipline medicale se făceau zilnic, vizibile, în clinică, iar cristalizarea lor doctrinară s'a închegat, treptat, în minunatul „Tratat de terapeutică" apărut mai întâi în româneşte, şi apoi în limba franceză — „Traité de thérapeutique", în 6 volume, din care unele au fost editate după moartea sa de către vechiul elev al său, d-l D-r Popescu Gheorghian.

„Omul" care făcea dualitate cu „medicul" din persoana Prof. Theohari era de o rară calitate. Sensibilitatea sa se dovedea aproape feciorelnică, când îşi depăna, adesea, amintirile copilăriej pe care şj-o petrecuse în Bucureşti — locul lui de naştere.

Amintirile din Liceul Matei Basarab îi străbăteau, de multe ori, prin pâcla trecutului, iar frumoşii ani ai adolescenţij, petrecuţj ca student al Facultăţii de Medicină din Paris, îi descreţeau întotdeauna fruntea.

In „Cetatea Lumină", studentul Anibal Theohari, nu-şi făcuse studiile ca aceia cari îşi dăruiau minutele de învăţătură în favoarea plăcerilor ce le oferea, în acea epocă, la orice pas frivolul mediu înconjurător. Studiase medicina adânc; îşi făcuse o vastă cultură clasică şi cunoştea în amănunţit operile literare şi filosofice de valoare universală. Prin afinitate spirituală, era un admirator a lui Rablais.

Şi-a trecut în 1893, concursul de externat, iar în 1895, internatul, cele două mari baricade ale învăţământului medical francez, şi când a terminat stagiul de internat şi a fost promovat doctor al Facultăţii de Medicină din Paris, cu care ocazie, pentru meritele sale excepţionale, a şi fost recomandat profesor la Facultatea de Medicină din Iaşi în anul 1901. La 1906, trece ca profesor de Terapeutică la Facultatea de Medicină din Bucureşti, unde de abia în 1913, i s'a încredinţat şi un serviciu de clinică la Spitalul Filantropia. In acelaşi an ia parte la războiul din Bulgaria, unde şi-a făcut datoria, cu acelaşi înalt patriotism ca şi în războiul mondial 1916—1918.

Insignele: „Steaua României", „Coroana României" şi „Legiunea de Onoare" a Franţei, i-au subliniat marele servicii aduse ambelor ţări.

In 1923, clinica terapeutică a fost mutată la spitalul Brâncovenesc, şi odată cu venirea Prof. Theohari în acest spital, a creiat **Institutul de Balneologie şi Societatea de Terapeutică.**

In fostul „Lazaret" construit de Germani în timpul ocupaţiei, în curtea spitalului Brâncovenesc şi-a instalat laboratoriile, pentru cercetarea ştiinţifică a apelor minerale din ţara noastră, şi studiul experimental al substanţelor farmacodinamice, unde se găsesc şi astăzi.

Din imboldul şi sub directa supraveghere a Prof. Theohari, majoritatea isvoarelor minerale din ţară a fost cercetată şi concretizată într'o serie de lucrări de o rară probitate ştiinţifică.

Era de o meticulozitate şi răbdare care se întâlneşte numai la adevăraţii oameni de ştiinţă. In redactarea studiilor, comunicărilor sau a foilor de observaţie ce le expunea la curs scrupulozitatea era împinsă la maximum.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Câna foaia de observaţie pe care Prof. Theohari o lua acasă, s'o studieze, trecea fără prea mari modificări, internul sau asistentul care o redactase putea să se socotească un om fericit, căci Prof. Theohari ştia să preţuiască într'adevăr o lucrare.

Activitatea ştiinţifică a Prof. Theohari, de o viaţă întreagă a fost concretizată în lucrări de o valoare internaţională *), iar şcoala Prof.

*) In 1899, a studiat structura fină a celulelor bordante din stomac, în stare de repaus şi activitate secretorie (Archives d'Anatom microscopique Sept. 1899).

In 1900 a cercetat efectele diureticilor asupra tubilor contorţi din nefritele experimentale. (Archives d'Anatomie microscopique; iar în 1900, a studiat efectele derivative ale serului artificial în injecţii subcutanate în perioada de anurie. (Revista sanitară a armatei).

In 1910, împreună cu G. Giurea a reluat studiul cu o întindere deosebită (Journal de patologie et de pathologie generale No. 4 pag. 483—583. 910).

In 1901, cu A. Babeş, a publicat: „Modifications histo-pathologiques de la muqueuse gastrique sous l'influence de l'alcool (Soc. de Biologie) şi tot cu A. Babeş, la 4 Aprilie 1903 la Societe de Biologie şi apoi în revistă (Centrablatt fur Bakteriologie Bd. XXXVIII 46,905) publicat: Ueber ein gastrotoxsiches Serum".

(Urmarea notei pe pag. următoare)

Theohari a fost reprezentată prin elemente ce ilustrează astăzi medicina română (Prof. Gh. Băltăceanu, D-r Gheorghian Popescu, Prof. Gh. Niculescu, D-r Cociaşu, D-r Andrei Cârstea şi atâţia alţii).

Cât ar mai fi putut produce minunatul creer al Prof. Theohari, dacă sufletul nu i-ar fi fost frământat şi involburat de vicisitudinele vieţii.

Neînţeles de cei ce aveau datoria să-l înţeleagă, cel puţin în parte, Prof. Theohari care se sacrifica pentru toţi şi pentru toate, a înţeles că sunt momente în viaţă în care demnitatea umană nu îngădue abdicări sau compromisuri. S'a supus acestei legi implacabile şi cu o senină tate de martir, în revărsatul zorilor friguroase ale zilei de 3 Februarie 1933, blândul şi neînţelesul Prof. Theohari şi-a întrerupt singur, liniştit, firul vieţei la care credea că nu mai are dreptul.

Mereu neliniştit, mereu neodihnit, spiritul Prof. Theohari îşi găsed în sfârşit odihna — odihna eternităţii.

Şi de atunci ani au trecut, repezi, învolburaţi, fără prea mult constructiv în ei.

Lumina amintirei marelui Prof. Theohari s'a îndepărtat mereu, la orizont. A devenit mai mic pentru ochii noştri, dar realitatea operii şi creaţiunei sale rămâne aceiaşi ca şi astrele care deşi mici în depărtarea lor rămân totuşi cu stălucirea şi proporţiile lor fireşti.

Să nu pierdem deci, din vedere, steaua spirituală şi ştiinţifică care a fost Prof. Theohari şi să ne rămână punct de reazim şi de îndreptar pe firmamentul ştiinţei şi mândriei noastre naţionale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 1904, a publicat „despre o citolozină intestinală (Soc. de medici şi naturalişti din Iaşi).

In 1910, a studiat cu A. Babeş efectele apei dela Slănic (Moldova), (Archives de l'app. digestif) pe care le-a amplificat şi publicat în 1923 (Archives des maladies du tube digestif et de nutrition).

In 1928, a studiat efectul grefelor glandulare endocrine şi împreună cu D-l Dr. V. Gomoiu am practicat, la cererea Prof. Anibal Theohari, primele hetero-grefe de paratiroidă şi tiroidă dela cinocefal la om, iar singur în 1929, am practicat homogrefa testiculară, dela om la om.

In 1929 a studiat „l'Action de l'émetine dans les bronchites sanglantes ou fetides à fuso-spirilles (Soc. Med. des Hopitaux).

Spaţiul neîngăduind publicarea celorlalte cercetări, cei interesaţi le pot găsi înserate în opera sa majoră „Tratat de terapeutică".

Articole de fond

NOTA ASUPRA CUNOAŞTERII ŞTIINŢIFICE *)

de

Prof. D-r E. APOSTOLEANU

Prin această notă, voim să prezentăm o „sinteză" asupra modului de cunoaştere a omului de ştiinţă, deoarece, în prezent, Ştiinţa nu mai este pretenţioasă, aşa cum era, în antichitate, Teologia şi Filosofia.

Nu de prea mult timp, ea şi-a dat seama că nu poate cunoaşte „adevărul în sine", că „lumea" şi, cu ea, „viaţa" sunt în veşnică devenire, că totul este, în ultimă analiză, „funcţie", „energie", care îmbracă forma, aparent statică, aceea de „materie".

B.C.U.Iaşi / Central University Library Iaşi

Izolată, un oarecare timp, de Filosofie, recurge iarăşi la ajutorul ei.

Impins de acea curiozitate umană şi de necesitatea de a clarifica, „Omul de Ştiinţă" cercetează mereu, utilizează metode şi aparate, imaginează, concepe, analizează şi sintetizează, pentru ca să descopere unele secrete ale firei, din care îşi făureşte „adevăruri relative".

Această recunoaştere nu poate să descurajeze pe omul de ştiinţă, la care reflexele lobilor frontali au câştigat o importanţă considerabilă, prezidând abstracţiile şi generalizările, permiţând analizele şi sintezele.

Dacă el pune la contribuţie tot ce are mai înalt spiritul omenesc, găseşte soluţii, modalităţi de cunoaştere, de ordonare a haosului, căci puterea de pătrundere a minţei lui este nemărginită.

Prin ea, îi apar „orizonturile" şi posibilităţile de „orientare" în aceste orizonturi.

Cine îşi făureşte şi îşi măreşte, mereu, mereu, orizonturile şi ştie să se orienteze, cât mai bine, în ele, acela are cele mai multe cunoştinţe, din care, prin „observaţie" riguroasă, metodică, prin „experienţe", probă şi contra-probă, „analiză" şi „sinteză", în urma unui „concept", a unei „ipoteze", poate să făurească „cunoştinţe ştiinţifice".

---

*) Comunicare făcută la Grupul Roman al Soc. Intern pentru Istoria Ştiinţelor, în ziua de 4 Aprilie, 1948.

In general, majoritatea oamenilor se mulțumesc cu produsul minții altora, fără să-l pesonalizeze. Ei îl memorizează, devin apoi „rutinari". Fără îndoială că, acea tendință înnăscută de a imita, de a persista, de a repeta actele noastre și a predecesorilor noștri, este o piedică spre progres; ea ne oprește să privim liber spre alte orizonturi ce se deschid la lumina faptelor observate, din ce în ce mai în intimitatea lor și apoi controlate experimental, din ce în ce mai riguros, ca apoi să fie trecute prin filtrul minții, spre cunoaștere, spre creațiune.

Cine are curajul să iasă din calea bătătorită, sufere adesea, dar suferința îi este de folos, ea îl stimulează, îl impune un control și mai riguros.

Pentru a lămuri cât mai bine sensul acțiunei de „orizont", să dăm un singur exemplu: Până acum vreo 400 de ani, toată lumea știea că pământul stă pe loc, iar soarele și toți aștrii se învârtesc în jurul lui.

Dela Copernic încoace, ce nespus de mare schimbare de orizont și, deci, de orientare și de concepții asupra lumei.

Cât sbucium și, mai ales, câte persecuții zadarnice în lumea clericală!

Ce orizonturi noui au deschis, de asemenea, legile „atracției universale", ale lui Newton! Același lucru, în Medicină, prin descoperirile lui Pasteur. Dar, izotopii, transmutația materiei, dezagregarea nucleelor atomici, etc., din zilele noastre!

De sigur că, nouile orizonturi, cu orientările în ele, risipesc treptat, treptat, ignoranța noastră.

Digitized by Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Întrebându-se unii: De ce noaptea le este mai frică decât ziua?, li se poate răspunde: Foarte simplu! Orizontul și orientarea le sunt mult reduse.

Așa dar, orientarea, în multiplele orizonturi ce i se înfățișează, mai ales, omului de știință, care cercetează și gândește, devine o imperioasă necesitate.

Se poate pune întrebarea: Dar, cum ne apar nouă nouile orizonturi și, mai ales cum ne putem noi orienta în ele?

Marele fiziolog-filosof, Cl. Bernard, părintele Medicinei Experimentale, a dat un răspuns, prin cuvintele: „Nimeni nu poate să descopere, să creeze din senin, din nimic, visând, numai munca stăruitoare, continuă, ordonată, metodică, dusă zi, de zi, care adună și apoi frământă mintal materialul adunat și multe ipoteze pe care le controlează, poate duce la descoperire, la creațiune!

Mult mai rar, întâmplarea poate da cheea misterioasă cu care se deschid secretele naturei. Totuși, o idee, o antenă mai sensibilă, un instrument nou, o tehnică nouă, un anumit animal de experiență, chiar o greșală, pot fi puncte de plecare, pentru găsirea unui nou adevăr.

Insăși îndoiala, în cele deja existente, poate fi sursă de cercetare, de observație și mai atentă, și mai exactă, trecută printr'un control experimental și mai riguros, se poate desprinde, uneori ceva nou.

Experiența, în sine, ne instruește, ne silește să corijăm teoriile existente. Ea este o sursă a cunoștințelor omenești. Dar, să nu se uite, nu orice fel de muncă duce la noui adevăruri.

Se spune că, Newton, când a fost întrebat, cum a ajus la așa

măreață concepție, aceea a „atracției universale", a răspuns: „Nicium alt secret, decât acela că m'am gândit mereu la ea".

In două cuvinte: Tot secretul deschdierei de noui orizonturi și de orientare în ele constă în a încerca să pătrunzi, cu toate forțele ființei, a spiritualității, cele mai ascunse forme și fenomene ale realității. Să voiești și să gândești intens, susținut cu pasiune.

Ca să înțelegi rostul gândirei, ca să gândești, de sigur că trebue să-ți placă; dar, ca să-ți placă, trebue s'o cunoști, și, ca s'o cunoști, trebue să te osteneşti!

Odată antrenată, gândirea nu se mai oprește, ca și apa la pantă!

Funcție umană, ea este imperativă „Omului de știință".

Deci, a gândi înseamnă a te ridica deasupra „realităților", a lucrurilor și faptelor pipăibile, perceptibile, care nu se schimbă după voia noastră și a te ridica în acea lume spirituală, aceea a „ideelor", produs abstract al gândirei, în dorința și posibilitatea de a „cunoaște", de a clarifica, de a perfecta ideele și sensul lor, cu scopul de a folosi „omenește" tot ce natura cuprinde în acea „Cosmo-Biologie".

Iată, cât de clar, a caracterizat Henry Poincaré, gândirea: „Cine a adunat cărămizi, var, ciment, lemn, fier, etc., nu a făcut o casă! Numai cine, după ce a gândit și a reușit să ordoneze aceste materiale, după ce și-a făcut un plan, a putut să facă o casă!".

In adevăr, gândirea are un rol covârșitor, mai ales pentru omul de știință. Se cunosc unele descoperiri ce pot fi considerate drept fructe ale simplei gândiri. Dăm un singur exemplu: Goethe a descoperit osul intermaxilar dela om, numai gândind. „Există, și-a zis el, la toate mamiferele, trebue să existe și la om".

De sigur, că și la folosirea „antibioticelor", gândirea a avut rolul ei, ca și la „înlăturarea pansamentelor" și a „antisepticelor chimice", așa de uzitate până mai ieri, și chiar astăzi de acei „rutinari", pentru faptul observat și gândit, că omoară celulele și creiază, ambele, medii proprice desvoltării florei microbiene.

*

Descartes, care ne-a lăsat acea metodă, numită a gândirei logice, a spus: „Pentru ca să ajungi la adevăr, trebue să ai curajul să te lepezi de toate opiniile pe cari le-ai primit și să reconstruești din nou și dela bază, toate sistemele cunoștințelor tale". Principiile metodei carteziene au servit multor cercetări în domeniul științelor.

In Știință, „ipoteza" anticipează asupra „cauzelor" și „efectelor".

Dacă pornești dela îndoială, dacă observi metodic, dacă controlezi, prin experiențe, făcând proba și contra-proba, poți trece dela deducție la inducție, care dă „cunoașterea științifică".

Deci, cunoașterea științifică apare ca un rezultat al cercetărei cât mai amănunțite și mai exacte a „realității", a cunoașterei perceptibile, intuitive, empirice, trecută prin filtrul „gândirei logice, raționale".

Această gândire umană făurește „ideea", din a cărei frământare apare „cunoașterea", „conștientă" și „adevărul științific".

Este absolut necesar, imperativ, să nu confunde „realitatea" (lucrul în sine, aceea ce rămâne ca atare, în observație și în experiență) cu „adevărul", produs abstract al minții noastre.

Adevărul, dedus prin logică, devine măsura de cunoaştere a întregei lumi. El ne dă perspective, prevede, proectează, dă concepte, ipoteze. Tipul rezultantei gândirei este: „Matematica", care a făurit la început, „unităţile identice" şi acea „ordine perfectă". Astăzi, avem însă şi „numere iraţionale" şi „geometrii non-ecludiene" şi „spaţij cu 4 dimensiuni" şi „micro-fizică" şi, mai ales o „logică polivalentă".

Să nu uităm, de asemenea că „viaţa", cu ea „Biologia", are mult „iraţional", dat şi de acea „individualitate", care nu permite perfecta generalizare.

Totuşi, nicio descurajare pentru bio-patologi, căci, aici fizicianul nu ştie, încă ce-i „electricitatea" şi nici măcar „căldura!".

In această ordine de idei, Plank a spus: „Lumea reală este o lume metafizică, inverificabilă, dar rezonabilă. Ea duce la noui cercetări! Iată ce a spus un om al ştiinţei pozitive.

In rezumat, „cunoştinţele ştiinţifice au rostul de a clasa faptele, de a recunoaşte înlănţuirea lor logică şi de a ne da posibilitatea să punem noui ipoteze de lucru, căci în acţiune rezidă viaţa, pe când repaosul, cel absolut, este egal cu „moartea".

*

Dar, să revenim asupra „adevărului". El este, după cum am arătat, în raport cu „realitatea", pe care fiecare o poate percepe, frământa şi cunoaşte.

Cine cunoaşte puţine „realităţi", şi puţin din fiecare, are, dela sine înţeles, şi adevăruri mai puţine, de sigur şi ele relative.

Cine îşi măreşte şi îşi înmulţeşte sau îşi schimbă mereu orizonturile, îşi schimbă, implicit şi orientările şj adevăruile, căci trebue să facă o altă „raportare" între „realitate" şi „idee", din care rezultă „cunoaşterea".

Mintea noastră nu-i un depozit de impresii date de „realităţi", ci un instrument, care dă posibilitatea de cunoaştere, de descoperire de creaţiune, de sigur nu la toţi şi în grad egal.

De aceea, este lesne de înţeles, de ce ideile noui, descoperirile, creaţiunile nu sunt înţelese, repede şi de toţi. Pentru zilele noastre se contează aproximativ 10 ani.

Cum am spus, prin gândire, noi trecem, pe nesimţite dela „realitate" la „idee". Acesta-i mijlocul prin care noi interpretăm, „cunoaştem" ceea ce prindem cu simţurile, cu posibilităţile comune, din tot ce ne înconjoară.

De sigur că, „aceleaşi realităţi" îi dă o altă interpretare şi, deci, are o altă cunoaştere „primitivul" faţă de „savant".

Neputând cunoaşte „realitatea în sine", acea absolută, noi ne făurim una „valabilă", prin posibilităţile noastre.

*

Acestea spuse, noi credem că apare ca logică, următoarea judecată: „Cunoaşterea ştiinţifică reesă din raportul dintre „realitate" şi „idee", adică este valoarea raportului ce am conceput. (Giordano Bruno spunea: „Se non è vero è ben trovato"). Să se aplice oare, şi conceptului nostru?

Dacă însemnăm cu symbolul C = cunoașterea, cu R = informațiile despre realitate și cu I = ideea rezultă următorul raport: $C = \frac{I}{R}$

C = cunoașterea este în funcție de mărimea, de valoarea, de creșterea sau descreșterea celor 2 symboli, pe care i-am pus în raport.

R = informația despre realitate, tot ce cade sub simțurile noastre, adică: concretul, fizicul, datele observațiunilor, ale experiențelor, fenomenele fizico-chimice și biologice.

I = ideea este rezultanta funcționărei spiritului uman, a gândirei, adică: abstractul, conceptul, ipoteza, interpretarea, generalizarea, sinteza, conștientul.

Când I (ideea) crește spre „infinit", atunci C (cunoașterea) capătă valoarea cea mai mare posibilă, pentrucă, R (realitatea) este de sigur „finită".

Adică, cu alte cuvinte, un om de știință, cu cât are mai multe idei despre „realitate", cu atât cunoaște mai mult, cu atât are adevăruri mai multe, cu atât își dă mai mult seama de ceea ce cercetează și de tot ce îl înconjoară. Este prea banală expresia: „N'are habar!, n'are nicio idee!" Ceea ce înseamnă că nu cunoaște lucrul despre care se vorbește.

Ca „oameni de știință" trebue să nu uităm că, pentru o cât mai justă cunoaștere, nu trebue să desconsiderăm sau să facem abstracție de valoarea termenului R, adică de „realitate", care nu poate să dispară, la orice înălțime de cugetare ne-am ridica, adică să nu trecem în „transcendental", în pură „metafizică", chiar dacă am voi să facem „Filosofia Științei"; căci „adevărul științific" rezultă din ceea ce vedem, din ceea ce controlăm și putem făuri cu mintea noastră. Din acest clește al posibilităților umane de cunoaștere nu poate scăpa, până în prezent, nici omul de știință. Aceasta este singura cale, care duce către acel „paradis al cunoașterei realităților absolute".

Omul, prin tehnică, mânuește astăzi, nebănuit de mult, materia și forța; el s'a civilizat, și-a mărit confortul, bunul trai; dar, sufletul, prea multora, a rămas cu același gol, pentru că el nu poate fi umplut decât cu produsul puterei spirituale, prin „cultură" neîncetată.

Așa dar, chiar „realitatea" este sau apare în funcțiune de cel ce o percepe, ca și „adevărurile relative", care sunt în funcțiune de cel ce le făurește.

Diamant al gândirei ordonate, logice, „adevărul științific" sgârie adesea pe unde trece, lasă urme; dar, tot el dă și acea strălucire, de nebănuit, celei mai minuscule raze, ce cade pe el.

In același timp, adevărul științific trebue să fie, totdeauna, foarte sincer, chiar dacă prin goliciunea lui, calcă regulele „bunei cuvinte".

Să nu uităm în același timp că, „civilizația", cu tehncia ei crescândă, ca și „cultura umană" au dus și în „știință" la acea „specializare", așa de necesară pentru aprofundarea „analizei", dar opusă „sintezei", oarecum indirect, care duce la „Filosofia Științei", încoronare a cunoașterei; căci, așa cum spunea Hipocrate, analiștii, absorbiți de cercetarea „copacului", a „părței analizate", uită „pădurea", adică „totul", de care nimeni și nimic nu se poate rupe, nu se poate izola.

Biblioteca Universității "Babeș-Bolyai" Cluj

Cu toată munca noastră, noi nu cunoaştem, aşa cum a spus Sir Jams Jeans, decât mici vălurele dela suprafaţa unui mare şi profund fluviu, care-i „cosmosul", ce le cuprinde pe toate, prin rădăcinile lor. Se pare că acele „concepte mecaniciste" cedează mereu locul célor „pur intelectuale"; şi, în „Ştiinţă", tot ce nu-i intelectual, a dispărut.

In concluzie, putem spune: Şi omul de ştiinţă trebue să aibă orizonturi cât mai întinse, cât mai multe, în care să se orienteze, prin metode ştiinţifice, pentru ca să-şi mărească „cunoaşterea" raţională, din relaţiile dintre „realitate" şi „ideile" ce le creează, fiind în armonie cu acel „tot", care este o garanţie că nu s'a rătăcit.

De sigur că, nu greşeşte nici „Omul de Ştiinţă", dacă urcă, prin toate etajele, până la vârful acelui „Turn de Fildeş", al posibilităţior umane de cunoaştere, şi priveşte, prin toate ferestrele, mărețul spéctacol al lumei, care trezeşte forţele nebănuite ale unor făpturi umane!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

METODA DIALECTICĂ IN CERCETAREA ŞTIINŢIFICĂ

(Urmare)

de

M. CÂNCIULESCU

Studiul, ce întreprindem sub acest titlu, se întinde în adâncime şi în suprafaţă. Cuprinde mulţi termeni, cari fie-care în parte vor trebui explicaţi în prealabil, şi legaţi în ansamblu. Odată cu noţiunile ce comportă, aceşti primi termeni sau date cheamă altele; în primul rând **Cunoaşterea ştiinţifică.** Ne vom opri la fie-care; şi, pe cât posibil, în domeniul Biologiei şi al Medicinei la **Figurile proeminente** cari au reprezentat etape de progres. Toate mai mult schiţate, decât tratate. Expunerea necesitând timp, pentru a nu întârzia cu analizele şi a cuprinde mai de grabă sintezele, vom prezenta expunerile de ansamblu ale autorilor cari vor trata problemele în interval. Articolele lor, esenţe, vor constitui salturi calitative pentru expunerea noastră metodică cantitativă.

BCU Iași / Central University Library Iași

Reproducem, pentru început, 2 articole de ansamblu asupra înţelesului Dialecticei şi folosului Gândirii (şi Metodei) dialectice pentru Cunoaşterea ştiinţifică, în general. Concentrate, strâns legate în tot întregul lor, nu le-am putea rezuma. Şi atât de comprimate şi de clare încât nu le-am putea expune cuprinsul mai reuşit decât autorii lor, cărora nici am putea să le împrumutăm munca trecându-le sub tăcere numele.

*

In art. **„Dialectica"** publicat în „Semnalul" din 6 IV 1948. D-l Prof. **Ion Zamfirescu** dela Facultatea de Litere din Bucureşti scrie:

Foarte mulţi oameni de azi, aprope toţi aceia care încearcă să-şi apropie principiile materialismului istoric şi să găsească prin aceasta explicarea fenomenelor contemporane, trebue să se oprească asupra unui termen abstract şi să-l înţeleagă: dialectica. De unde până acum acest termen figura cu titlu doct şi schematic aproape numai în expunerile sau în demonstraţiile

de catedră, azi însă el luptă să se popularizeze şi să-şi constitue pretutindeni conţinuturi concrete. In acea întinsă operă de iniţiere, care tinde ca prin judecăţi politice să întocmească în fiecare din noi o conştinţă actuală de oameni şi de cetăţeni, termenul despre care e vorba aşează baze şi aprinde lumini. Putând să fie desbătut şi într'o şcoală de cadre, caşi sub cupola oricărei Academii, acţiunea acestui termen face ca multe distanţe să se scurteze şi o seamă de bariere să piară. Ce-l înconjoară, ce anume îi defineşte întotdeauna manifestarea, este o voinţă susţinută de-a zugrăvi viaţa, cu realitatea acesteia ascultând de legi şi cu umanitatea ei luptând dureros să se înţeleagă pe sine.

Cer îngăduinţa să privesc o clipă, cu ochii omului de teorie, câteva din datele şi implicaţiile pe care acest exerciţiu comun cu conceptul dialectic le poate înscrie, în ecranul psihologic al epocei noastre.

Dialectica, privită în general, este un mod de gândire. Aparenţa ei, este foarte abstractă; fondul, însă, se întemeiază pe realităţi practice. Principala ei atenţie se îndreaptă, nu spre lucrurile ca atare, ci spre devenirea lor; adică, nu spre ceea ce ar putea să stea pe loc, ci spre ceea ce trebuie să meargă înainte. Devenirea aceasta presupune mişcare, luptă, contrarietăţi şi contradicţii, cauzalităţi şi scopuri. Cu alte cuvinte, presupune un arsenal intim de posibilităţi şi mijloace, menit să aşeze fenomenele într'o integrare continuă şi să le comunice din adâncime un ritm. Faptele ies la lumină, nu ca să iasă pur şi simplu, ci ca să întreţină prin primeniri continui un curs universal. Cu cât un fapt e mai complet, mai ajuns la maturitate, cu atâta el poartă mai viu în sine principiul capabil să-l nege, şi deci să-l depăşească. Teza este teză, numai dacă are în ea fermitatea necesară şi substanţa capabilă să producă o antiteză. Doar atunci putem avea înţelegerea unui fenomen, şi mai cu seamă doar atunci putem rămâne cu impresia că acel fenomen e făcut să slujească cu adevărat viaţa, când plinătatea lui poate deveni condiţie pentru începutul imediat următor. Tezele şi antitezele se ciocnesc, dar nu pentru a se extermina unele pe celelalte, ci pentru a-şi împreuna substanţele în realitatea mai cuprinzătoare a unor sinteze. La rândul lor, aceste sinteze intră şi ele în circuit, cu misiunea de-a alcătui premise pentru desvoltări viitoare şi cu puterea de-a aduce în marea pietate constructivă a vieţii darul unor noui ucenicii. Mintea pe care o vrea dialectica este o minte care înainte de-a afirma trebuie să nege, şi înainte de-a nega trebuie să afirme; aceasta, nu pentru a contempla paradoxuri, ci pentru a prinde în chiar mişcarea lor întrepătrunderile existenţei.

Că această schemă de gândire se aplică ideilor, sau faptelor propriu zise, e tot una; până la urmă, valoarea înţelesurilor cu care putem rămâne este aceiaşi. Dialectica, fie că o luăm ca obiect fie ca metodă de cunoaştere, reprezintă deopotrivă una dintre marile cuceriri ale minţii omeneşti. N'a fost uşor, să fim

BCU Cluj / Central University Library Cluj

siguri, ca dincolo de conturul fix al lucrurilor, să ajungem să le bănuim acestora mişcarea; ca acolo unde simţurile comune ar fi putut să arate doar negaţie şi intoleranţă, judecata noastră pătrunzătoare să desluşească rosturi şi necesităţi funcţionale. Istoria dialecticii închide în ea desbaterea cu nume şi fără nume, a uneia dinre cele mai generoase şi mai universale străduinţi filosofice. Nu este o simplă întâmplare, deci, c'a început-o antichiitatea greco-romană, c'au continuat-o în felul lor sco-
antichitatea greco-romană, c'au continuat-o în felul lor sco-
doctrinar revoluţiilor sociale şi că astăzi aspiră să dovină un sentiment aproape curent, în felul de a fi al omului de rând.

Inţelesul acestor lucruri, departe de a fi doar formal, este mai cu seamă şi un înţeles uman. In lumina dialecticii, faptele vieţii se leagă, se proporţionează unele pe altele, se justifică.

Prin faptul că dialectica pune pe acelaş plan de importanţă ceea ce poate să afirme cu ceea ce trebuie să nege, ea ne obligă să nu dispreţuim nimic şi în schimb să înţelegem totul. In conştiinţa noastră obişnuită despre relativitatea lucrurilor, corespondenţa dialectică dintre aceste lucruri şi opusurile lor impune o notă de sistem şi de gravitate, care ne face dintr'odată mai atenţi şi mai respectoşi în faţa vieţii. Datorită acestei împrejurări, avem putinţa să căpătăm acel simţ activ şi adânc al limitelor, care cantonat în gândirea noastră de principiu ne poate feri de dogmă sau de misticism, şi care aplicat la viaţă ne poate lămuri cu simplitate despre toate evenimentele acesteia.

Revin, acum, la aceia pe care i-am considerat în preambulul acestor rânduri. Fie că vor merge până la capăt cu străduinţa lor de înţelegere, fie că se vor opri pe marginea unor aproximaţii, trebuie să ştim că şi într'un caz şi în celălalt toţi aceştia îndeplinesc o importanţă utilitate spirituală. Modul dialectic poate funcţiona ca o permanenţă intelectuală şi morală, ca o conştiinţă interioară a agregării în cuprinsul oricâtor fapte divergente. Pe sufletul atent şi prevenitor pe care acest mod de gândire este în stare să-l creeze, ne putem bizui. Iar pe disciplina generală de judecată pe care o poate da la iveală putem clădi principala noastră nădejde: nădejdea că viaţa nu e făcută să ne alunge, ci să ne cheme.

*

Iar în art. **Materialismul dialectic — Metodă ştiinţifică de lucru** publicat în „Spitalul" No. 3-4/1948, D-l D-r **Al. Eschenasy** scrie:

Examenul atent al proceselor care au dus la marile descoperiri ale ştiinţei din toate timpurile, ne arată că independent de domeniul căruia ne adresăm şi independent de credinţa omului de ştiinţă, metoda utilizată în cursul cercetării şi elaborării a fost totodată şi materialistă şi dialectică.

Credem însă, că nu exemplul imediat va fi folositor cititorului neavertizat pentru demonstrarea afirmaţiunilor de mai sus, cât mai ales lămurirea lui asupra acestor noţiuni, care odată clarificate să-i permită să vadă singur realitatea faptelor.

Relaţia dintre cugetare şi existenţă, problema care a frământat mintea tuturor oamenilor luminaţi, este aceia care a făcut separaţia materialismului de idealism. Separarea acestor noţiuni, adică existenţa spiritului independent de materie şi creator de materie, este caracterul filosofiilor idealiste. Dar evoluţia şi progresul ştiinţelor au demonstrat nu numai că nu există spirit izolat de materie, dar chiar că procesele interne ale materiei **aşa zise inanimate**, sunt capabile să producă fenomene alteori atribuite spiritului. Cine poate atribui spiritului procesul de creştere al cristalelor? Dacă se rupe un colţ unui cristal de sare şi apoi se atârnă cristalul într'o soluţie saturată de sare se constată că acesta începe să crească. Dar important este faptul că procesul de creştere începe prin refacerea colţului rupt.

Non-existenţa spiritului, ubicuitatea materiei sunt unele din caracterele gândirii materialiste. A vedea materia în tot ce ne înconjoară în evoluţia şi transformările fenomenelor este a urmări cu datele ştiinţei, însuşi procesul cercetat. Materialismul fiind deci explicaţia ştiinţifică a omului şi a acţiunilor omeneşti, a universului şi a societăţii progresează odată cu ştiinţele de care depinde în mod absolut.

Idealismul, legat de existenţa spiritului creator de materie, căruia îi atribue origina tuturor fenomenelor, capătă prin aceasta un caracter static şi mistic şi se împiedică la fiece pas de progresul ştiinţei care pe fiece zi, oră sau minut aduce tot mai multe dovezi despre non-existenţa spiritului, şi a cauzei primordiale, cât şi despre ubicuitatea materiei în mişcare.

Nu sunt rare cazurile când savanţi celebri, bigoţi şi bisericoşi în viaţa particulară, admiţând intervenţia divinităţii în actele curente se văd nevoiţi să o nege în laborator, în faţa datelor propriilor lor experienţe, pentru ca ieşiţi din laborator să o ia dela început.

Datele ştiinţifice sunt acelea care permit crearea de ipoteze fructuoase, care duc la noi descoperiri, şi nu intervenţia spiritului, a unei forţe dinafară, supranaturale, într'un fenomen oarecare.

Dar datele reci ale ştiinţei au fost interpretate adesea în două sensuri.

Pentru unii, fenomenele, obiectele şi noţiunile sunt izolate, încremenite, fixe pentru totdeauna, trebuind să fie examinate într'o anumită ordine, totdeauna aceeaşi, mereu separate unele de altele. Aceşti oameni vorbesc numai de antiteze lipsite de treceri intermediare: un obiect există sau nu există, e fix, nu are tendinţa să se transforme, e alb sau ie negru, alte posibilităţi nu există. Un obiect nu poate fi pentru acestia decât A sau non-A: pozitivul sau negativul se exclud unul pe altul în mod absolut; cauza şi efectul sunt în strictă dependenţă şi în directă opoziţie unul faţă de celălalt.

Alţi gânditori privesc aceleaşi fenomene prin altă prismă: totul se mişcă, se transformă, se naşte, creşte şi moare. Nimic nu este fix, nimic definitiv, nimic imuabil. Fenomenele sunt studiate în devenirea

lor. Ceva, poate fi în acelaş timp şi A şi B şi C. Aceşti gânditori privesc natura **nu ca o acumulare accidentală de fenomene sau de obiecte izolate, ci ca un tot coerent, în care unităţile sunt legate organic** între ele, depind unele de altele şi se condiţionează **reciproc.** Organismul vieţuitoarelor nu este o adunătură de organe izolate, ci un tot care trebue studiat ca atare, nu organ cu organ, ci în sensul descoperirii corelaţiilor histofiziologice dintre ele.

Pentru aceşti gânditori procesul de desvoltare nu este un simplu proces de creştere înceată şi uniformă, ci o desvoltare în care survin schimbări radicale, calitative, brusce şi nu treptate, în salturi, produse de transformarea în calităţi noi a schimbărilor cantitative, neînsemnate.

Aceşti gânditori consideră că în orice proces în desvoltare există o latură negativă şi una pozitivă, un trecut şi un viitor, şi că lupta dintre ceea ce moare şi ceea ce se naşte constitue caracterul intern al procesului, care face ca trecerea dela stadiul inferior la cel superior să nu se facă în ordinea desfăşurării armonioase a lucrurilor, ci în sensul scoaterii la suprafaţă a contrazicerilor proprii fenomenelor.

Oamenii de ştiinţă care au utilizat cel de-al doilea mod de a gândi, care nu au cercetat fenomenele izolate ci în ansamblul lor, în complexitatea lor, care au urmărit în timp şi în spaţiu modificările acestor fenomene, care au căutat în însăşi desvoltarea şi desfăşurarea în timp a acestor fenomene, cauzele intrinsece ale desvoltării, aceştia sunt aceia care au dus ştiinţa pe culmile cele mai înalte.

Ei au fost aceia care gândind dialectic, şi urmărind ştiinţific viaţa fiinţelor vii în devenirea lor, au demonstrat falsitatea fixismului lui Linné şi Cuvier; ei sunt aceia care au descoperit mutaţiile şi au au infirmat scolasticul **natura non facit saltus**; ei sunt aceia care căutând cauzele fenomenelor în însăşi esenţa acestor fenomene au descoperit radioactivitatea.

Marile procese de gândire sintetică nu au fost posibile decât în acele capete în care fenomenele erau examinate în întregul lor, capete în care deşi copacii erau mulţi, nu era pierdută din vedere pădurea.

Plecând dela o teză şi urmărindu-i desvoltarea în cele mai mici amănunte, în toate direcţiile, în timp şi în spaţiu, urmărind fenomenul în fazele sale de creştere şi de descreştere, momente de afirmare şi de negare, căutând toate condiţiile interne şi externe care îl stimulează şi îl inhibă, descoperind factorii care îi împiedică desvoltarea şi realizând experimental antiteza, studiul fenomenului se clarifică din ce în ce mai mult şi face posibilă vederea de ansamblu, sinteza.

Progresul ştiinţei este condiţionat de sinteze.

Priviţi evoluţia medicinei în urmă cu 50 ani şi acum. Înainte acumularea de date se transforma în calitate, ipotezele noi apăreau la tot pasul, şi un fapt mic, adesea trecut cu vederea, determina schimbări totale în modul de a vedea lucrurile. Se creau sinteze. Widal şi Pasteur, Volhardt şi Pavlov gândind dialectic, făceau sinteze şi permiteau ştiinţei să facă un salt înainte.

Acum trăim o epocă în care acumularea de fapte şi de date noi nu mai face posibilă sinteza, fiindcă sunt studiate izolat, scolastic, meta-

fizic, de unde rezultă o adâncire tot mai mare a fenomenelor şi pierderea inerentă a studiului de ansamblu. Câştigul în adâncime se face în dauna studiului în suprafaţă. Din cauza mulţimii de copaci, nu se mai vede pădurea.

Şi cum este mai uşor să declari un fenomen inexplicabil şi să-l atribui unei forţe vitale, decât să-i găseşti veritabila condiţionare, teoriile finaliste abundă. Ne lovim de ele la tot pasul. Ele conţin din ce în ce mai puţin spiritualism în ele, fiindcă ştiinţa adevărată găseşte mereu dovezi ale non-existenţei spiritului, dar tocmai prin această cramponare a lor de un stâlp şubred şi putred la rădăcină, permit celor care se sprijină pe părerile savante ale unor pseudo-savanţi, să folosească spiritualismul în lupta politică.

Ştiinţa adevărată însă este materialistă. Nimeni n'a reuşit să demonstreze şi nici nu va reuşi vreodată să demonstreze existenţa spiritului sau a vreuneia din aşa zisele manifestări spiritualiste, ci din contra, toate datele ştiinţifice îmbogăţesc mereu argumentarea ubicuităţii materiei şi a non-existenţei spiritului.

Şi este o datorie a tuturor acelora care fac ştiinţa adevărată să gonească finalismul, să înveţe pe omul de ştiinţă să aibă curajul să spună că metodele cu care lucrează sunt încă imperfecte, să-l convingă să găsească altele mai bune, să nu-şi ascundă neputinţa de moment, şi să nu-şi traducă ignoranţa în greceşte şi să o numească agnosticism.

Nu toţi oamenii de ştiinţă gândesc dialectic. Foarte mulţi au făcut-o fără să ştie, ca Monsieur Jourdain. Unii gândesc încă metafizic, privesc lucrurile izolate, incoerente şi rezultatul material al acestor cercetări este o sumă de date disparate, nelegate între ele, care nu duc la niciun rezultat, decât cel mult la aglomerarea de pigment în celulele din scoarţa cerebrală.

Alţii gândesc dialectic, privesc fenomenele în devenirea lor în timp şi în spaţiu, le urmăresc evoluţia şi transformările, le studiază totalitatea condiţiilor care le determină, iar rezultatul cercetărilor lor este reprezentat prin vederi largi sintetice, care permit elaborarea de noi probleme, care deschid mereu căi noi în ştiinţă.

Metoda de lucru materialist-dialectică a fost motorul marilor descoperiri ale lui Lavoisier, Claude Bernard, Juliu Robert Meyer, Darwin, Mendelejew, Pasteur, Pavlov, Einstein, Curie, Zavadovski, Speranski şi atâţia alţii. Ea le-a permis să întrevadă fenomenele până la ultima lor fază şi să descopere tot ceea ce se putea descoperi cu ajutorul experimentării pe care evoluţia ştiinţelor din timpul fiecăruia permitea să fie create.

Fiindcă, aşa cum spunea Prenant, **materialismul dialectic este ştiinţa însăşi, extinsă fără întrerupere cu ajutorul metodelor experimentale şi cu voinţa fermă de a nu da înapoi din faţa niciuneia din consecinţele sale.**

*

Nota asupra cunoaşterii ştiinţifice a D-lui Prof. Eug. Apostoleanu, publicată la început, se situează în acest ansamblu.

M. C.

ENTERITA MUCOASA CRONICA

de

D-r ANDREI CÂRSTEA şi D-r ION TEMELIESCU

Patologia medicală cronică a intestinului subţire este rău cunoscută. Aceasta se datoreşte faptului că segmentele digestive superioare — stomac duoden şi inferioare — colon — corectează într'o mare măsură turburările ce rezultă din leziunile intestinului subţire. Importanţa funcţională a intestinului subţire — aci se face cea mai mare parte din digestie şi resorbţie, precum şi lungimea acestui segment intestinal, ne îndreptăţesc să credem că turburările lui patologice pot să influenţeze într'o mare măsură întreaga economie a organismului şi să dea naştere la o serie de afecţiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este cunoscută ipoteza originei intestinale pe care **Foix** o atribue uneori cirozelor; de asemenea sunt dovedite originea intestinală a eczemelor, urticariei, migrenelor, precum şi presupunerea că unele colecistite şi angiocolite pot avea aceiaşi cauză.

La nivelul intestinului subţire s'au descris o serie de turburări cronice locale sub numele de enterită segmentară sclerozantă — Crohn, Ginsburg şi Oppenheimer, sau „ileită regională", — Brown, Bargen şi Weber, etc., despre care s'au făcut comunicări şi la noi de către D-ri Iacobovici, Plătăreanu şi V. Dimitriu. Ele sunt însă afecţiuni de ordin chirurgical şi diagnosticul se poate preciza aproape numai la intervenţia operatorie şi într'o oarecare măsură prin ajutorul radiologiei.

Intestinul subţire nu poate însă să scape regulei generale, care arată că orice mucoasă poate fi sediul unei inflamaţii cronice în suprafaţă — adică al unui catar. Primul care s'a ocupat de această afecţiune a fost Porges. El a arătat că această afecţiune este de durată foarte lungă — uneori de ani întregi, că cedează greu la tratament şi a descris o parte din simptomatologia ei.

Pe bună dreptate, această afecţiune ar putea fi denumită

„Enterita mucoasă cronică a lui Porges". Suntem datori însă să amintim că înaintea lui a fost semnalată de Nothnagel, de Ad. Schmidt şi de V. Noorden. Porges remarcă pe bună dreptate că „pentru cine cunoaşte simptomele enteritei cronice, are ocazia să întâlnească aproape zilnic această afecţiune". Deci este o boală frecventă.

Uneori afecţiunea deşi prezentă, nu se trădează prin niciun simptom timp îndelungat, până când cu ocazia unei isbucniri apar turburări evidente.

Catarul intestinului subţire poate ocupa totalitatea intestinului. După noi el se localizează sau:

a) Pe porţiunea incipientă a intestinului subţire — adică pe jejun şi o vom denumi **jejunită mucoasă cronică,** sau

b) Pe ileon şi îi vom spune **ileită mucoasă cronică.**

A. Cauzele acestor inflamaţii cronice nu sunt prea bine precizate. După Porges, infecţiile şi intoxicaţiile (Pb, Hg) pot să joace oarecare rol. De asemenea el incriminează o digestie gastrică insuficientă în hipopepsii, dar mai ales în rezecţiile de stomac „unde este de mirare că nu întâlnim turburări mai accentuate". Ceea ce acuză mai mult Porges, este surmenajul intestinului prin supra alimentaţie şi atunci când se consumă vegetale prea multe şi alimente crude. Conţinutul intestinului subţire este atunci greu digestibil, în mare parte neresorbabil şi favorizează desvoltarea florei microbiene, care alterează mucoasa. Aceasta secretă mucus, care la rândul său este un mediu bun pentru flora microbiană şi deci cerc vicios.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După noi de multe ori, jejunita, în special — este o urmare a unei duodenite, ca şi cum ar fi o prelungire a inflamaţiei acestui organ. In publicaţiile noastre asupra duodenului am arătat rolul aşa de mare pe care-l joacă alergia în patologia tubului digestiv. Această alergie spuneam că poate exista la început numai pentru unele alimente. Cu timpul însă starea congestivă care ia naştere din „reacţiile alergice locale" se pot asocia cu procese inflamatorii în suprafaţă — sub formă de catar, după care poate apărea o sensibilizare faţă de însăşi flora microbiană intestinală. Odată sosită în acest stadiu, afecţiunea este greu de vindecat. Mucoasa intestinală, care în mod normal nu lasă să treacă decât alimentele bine desintegrate, pentru ca dincolo de peretele intestinului să refacă albumine, h-c. şi grăsimi propriu corpului omenesc, devine permeabilă la substanţe care în mod normal nu pătrund prin ea. Atunci pot să apară alte turburări, care sunt tot de natură alergică, însă generală. Nonnenbruch şi Mahler le-au putut demonstra experimental.

Uneori jejuno-ileita sau ileita cronică mucoasă, coexistă cu o colită muco-membranoasă. Rar am întâlnit-o ca un rest al unei vechi dizenterii. Starea de iritaţie a cecului şi deci a apendicelui o întâlnim destul de des, lucru explicabil. Uneori avem în acelaşi timp şi o diaree prin dispepsie de fermentaţie.

In cazuri foarte rare, enterita cronică poate să fie dato-

rită unei lamblii intestinale. Ea poate uneori evolua cu o hipertiroidie mijlocie (metabolism 25—40%).

B. **Simptomatologia** acestei afecţiuni a fost în parte descrisă de Porges. Vom căuta să o complectăm. Subiectiv observăm: a) **Valurile de căldură** la faţă după mese, se întâlnesc în formele mai înaintate ale bolii după Porges. Ele diferă de valurile de căldură ale insuficienţei ovariene dela femee. Pe câtă vreme acestea din urmă vin prin spate, pe la ceafă şi apoi la cap, cele din enterita cronică pornesc de obiceiu dela epigastru, urcă precordial, unde se însoţesc de obiceiu de palpitaţii şi apoi sue la faţă. Bolnavul simte că-i arde faţa o perioadă de timp de 30—60 minute, ceea ce contrastează cu valurile trecătoare ale insuficienţei ovariene. Uneori, în formele atenuate, am observat că bolnavii au numai senzaţii de căldură la buze sau mai rar numai la pleoape. Aceste senzaţii de căldură apar între $1/2$ şi $1 1/2$ ore după mese. Ele sunt mai precoce atunci când sunt datorite unei jejunite şi mai tardive când sunt datorite unei ileite.

b) Crize de transpiraţie localizate numai la faţă sau precordial. Ele pot însoţi valurile sau apar singure.

c) De cele mai multe ori valurile de căldură sunt însoţite de ameţeli. Acestea pot însă apărea singure şi uneori destul de târziu (circa $1 1/2$—2 ore după mese) şi pot ţine 2—3 ore. Am întâlnit bolnavi care sufereau zilnic de asemenea ameţeli şi care constituiau adevărate infirmităţi, bolnavul ne mai având siguranţa să treacă strada. Unii dintre ei erau interpretaţi ca suferind de turburări labirintice şi li s'au recomandat intervenţii chirurgicale, cu tratamente privind enterita s'au vindecat.

d) Destul de rar am observat după mese la $1 1/2$—2 ore **frisoane,** care pot lua caracterul solemn. Aceste frisoane credem că sunt datorite unei ileite cronice, cu resorbţii mari de proteine străine către sfârşitul intestinului subţire. Ele ar fi deci asemănătoare unui şoc proteic. De obiceiu sunt însoţite de o mare hipotensiune şi leucopenie. Aceiaşi explicaţie am putea s'o dăm **crizelor de leşin şi colaps,** descrise de Porges, sub numele de şoc al intestinului subţire, pe care le-am observat în 3 cazuri şi noi. Unul din bolnavi sosea la cianoză complectă şi la puls filiform.

Şocurile şi frisoanele observate de noi erau însoţite de apariţia unei eosinofilii accentuate (5—8%) şi care dura 7—10 zile.

f) Alături de căldura la faţă putem întâlni apariţia după mese a unor pete roşii.

g) Destul de des întâlnim o salivaţie abundentă. Ea a fost bine descrisă de Porges.

h) In formele cele mai puţin accentuate, bolnavii se pot plânge numai de **perceperea unor mişcări** împrejurul şi sub ombilic. Acestea pot fi uneori însoţite de borborisme intestinale.

i) In fine acești bolnavi se plâng mai totdeauna de **balonări** după **mese, greutăți în pântece, lipsă de poftă de mâncare** și chiar **greață,** ceea ce arată participarea duodenului și poate chiar a stomacului.

j) Trebue semnalată **oboseala** uneori invincibilă des asociată cu **somnolență** după mese.

II. **La examenul obiectiv,** Porges insistă asupra:

a) Unei zone dureroase și de hiperestezie în stânga ombilicului, cu maximum de intensitate la nivelul dreptului abdominal stâng. El îl numește punctul de presiune al intestinului subțire și este în perete. De asemenea el descrie o zonă de sensibilitate în spate în stânga ultimelor vertebre toracice și a primei lombare.

După noi, sensibilitatea intestinului subțire o găsim mai repede în profunzime și anume imediat sub ombilic și în stânga pentru jejun și în dreapta pentru ileon. Zonele dureroase dorsale ale lui Porges în stânga pentru jejun și în dreapta pentru ileon le-am găsit aproape constant.

b) **Examenul materiilor fecale** ne este de un ajutor prețios. După cum vom vedea mai jos la examenul radiologic, caracteristica enteritei mucoase cronice este un transit accelerat prin intestinul subțire, care persistă în tot timpul afecțiunei. Turburările de digestie care rezultă din această turburare, sunt apreciate prin digestie cecală și colică a florei microbiene. Grăsimile însă care nu au fost resorbite de intestinul subțire, nu mai pot fi resorbite în colon. De aci prezența în fecale de săpunuri în cristale, ace de acizi grași și chiar picături de uleiuri. Dacă grăsimile au fost ingerate peste 80—100 gr., cantitatea de grăsimi poate fi foarte mare în materiile fecale și acesta ne apare decolorat. Când cantitatea de acizi grași e prea mare, aceștia sunt iritanți pentru colon și putem avea scaune diareice. In caz contrariu, întâlnim de obiceiu constipație. Pentru interpretarea examenului materiilor fecale trebue să ținem seama de eventualele turburări hepatice, pancreatice și gastrice.

c) **Examenul radioscopic** este de o importanță foarte mare în punerea diagnosticului acestei afecțiuni. Pentru aceasta folosim:

Metoda Pansdorf indicată mai ales în studiul mucoasei, numită și **metoda fracționară,** constă în a da pacientului la fiecare 10—15' o înghițitură mare de suspensie baritată 3/4.

Metoda Weltz a umplerii permanente a stomacului constă în a administra suspensia baritată (100/250 cmc.) și a o repeta în aceiași cantitate după aproximativ 1—1½ oră. Metoda este indicată mai ales pentru studiul motilității intestinale.

Pentru studiul tranzitului, Porges preconizează prânzul de bariu și unt.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aspectul normal al intestinului subţire.

Jejunul şi ileonul au un aspect diferit. In timp ce jejunul nu se umple niciodată pe întinderi mari, ileonul este întotdeauna mai bine umplut. Jejunul din cauza umplerii sale mai limitate şi a tranzitului mai rapid, prezintă un relief al mucoasei mai clar, mai uşor de studiat. De obicei acest relief al mucoasei este caracterizat prin pliuri fine cu direcţie transversală, pliurile lui Kerkring, cari dau aspectul unei frunze de ferigă, de pană. Uneori aceste pliuri transversale sunt înlocuite printr'un desemn fin întortochiat, asemănat cu un frumos filigran.

Mucoasa ileonului este mai greu de studiat. Aci lipsesc de regulă pliurile lui Kerkring şi prezenţa lor este adesea un semn patologic. Aspectul reliefului intern este variabil chiar la acelaşi segment după cum a arătat **Forssell.** Această mobilitate a reliefului mucoasei a fost numită de Forssell „autoplastie". Pliurile lui Kerkring sunt şi ele produse ale autoplastiei.

Grettve a putut obţine dispariţia lor prin infiltraţia submucoasei. Anatomia a arătat însă că există şi pliuri fixe organizate, cari nu sunt deci provocate de contracţiile musculaturei mucoasei, nu sunt autoplastice. Calibrul intestinului subţire este determinat de tonus şi de mişcările muşculaturii proprii.

Studiul kinetecei intestinului subţire şi a timpului de trecere este foarte important de ştiut, fiindcă foarte multe enterite se trădează numai prin modificări de motilitate şi de tranzit.

ACEL Bibl. Centrale Universitară Iaşi

Intestinul subţire patologic

Ca şi la stomac, dar cu nuanţe de semnificaţie uneori deosebite, vom studia la intestinul subţire:

1. Tonusul.
2. Kinetica.
3. Tranzitul.
4. Mucoasa.
5. Aspecte anormale (lichid rezidual, prezenţa de gaze).

1. Tonusul intestinului subţire trebue considerat în ansamblu (tonusul general Weltz). Modificările de tonus se recunosc uşor pe radiografii. Dacă în acelaşi intestin constatăm segmente cu tonus diferit, avem aface cu turburări patologice ale tonusului. Dacă intestinul este „compensat" prin hipermotilitate cu eventuală hipertrofia mucoasei nu există turburări de tranzit.

2. **Kinetica.** Peristaltismul exagerat poate fi fiziologic, consecutiv unei hipotonii, dar poate fi şi un hiper-peristaltism pur, prin scoborîrea pragului de excitaţie. Tot aşa peristaltismul scoborît poate fi fiziologic sau patologic. Acelaşi lucru se poate spune şi despre contracţiunile segmentare.

Turburările de motilitate se traduc prin modificări ale timpului de trecere.

Tot la capitolul motilității vom îngloba o reacție destul de caracteristică a intestinului aceea a **intoleranței,** care dă aspectul de **umplere întretăiat,** cu segmente pline cu bariu, iar alte segmente complect golite, cu simpla schimbare a reliefului mucoasei. Comparăm acest simptom cu cunoscutul simptom Stierlin și cu intoleranții bulbului duodenal, care creiază dificultăți în examenul radiologic.

3. **Tranzitul.** In mod normal, bariul nu ajunge în coec, înainte de 2 ore dela ingerare și nu părăsește complect intestinul subțire înainte de 8 ore. **Porges** utilizează prânzul de bariu cu unt. In enterită a putut observa la 2½ ore dela digestie, umplerea mai mult sau mai puțin întinsă a intestinului gros, deci un tranzit accelerat.

Metoda umplerii permanente a lui Weltz, este de asemeni o metodă bună, ceva mai pretențioasă, de examen a tranzitului. Ea cere urmărirea bolnavului în mai multe ședințe radioscopice și luarea de radiografii (cel puțin o radiografie de ansamblu).

Metoda lui Pansdorf modifică tranzitul întârziindu-l din cauza umplerii insuficiente a intestiului.

4. **Examenul mucoasei** se realizează cel mai bine prin această metodă din urmă. Ea este capabilă a pune în evidență modificări morfologice, dela îngroșare, ștergerea și rigiditatea pliurilor ca în enteritele banale, până la leziuni ulceroase sau proliferative ca în ileita terminală și în tuberculoza ileo-coecală.

Digitized by Central University Library Cluj

Studiile asupra mucoasei au fost destul de fructuoase în patologia intestinului subțire și contrar opiniei destul de răspândite încă, tot așa de accesibile technicei radiografice și tot așa de importante ca și examenul reliefului intern la celelalte segmente ale tubului digestiv.

5. **Aspectele anormale.** Secreția exagerată sau exudația se trădează radiologic prin diluarea bariului și aspectul spălăcit al conținutului intestinal. Prezența de gaze în intestinul subțire este anormal. Ea se întâlnește în toate formele ileus și în gastro-enterite.

Atât secreția exagerată cât și aero-enterita sunt semne de gravitate a afecțiunii.

Studiul radiologic al enteritelor are importanță deosebită, deoarece fenomenele clinice sunt de multe ori caracteristice. Se cunoaște de pildă predispoziția la constipație la enteritele cronice.

Examenul radiologic pune în evidență turburări de motilitate, modificări ale tonusului și leziuni ale mucoasei.

Turburările de motilitate pot fi pure sau se pot combina cu modificările tonusului. Tonusul poate fi în general ridicat, scoborît, sau sufere turburări de coordinație, adică unele segmente intestinale sunt hipertone, altele hipotone.

După cum am amintit mai sus, secreția exagerată și prezența de gaze în intestinul subțire sunt semne de gravitate a

enteritelor. Pentru studiul modificărilor de tranzit, am găsit că metoda prânzului lui Porges este foarte practică. Acest prânz constă în administrarea pacientului o doză de bariu şi 2—3 felii de pâine cu unt. In enterite tranzitul este exagerat şi dacă examinăm bolnavul la 2 jum. ore după ingestie, constatăm că bariul a ajuns mai mult sau mai puţin departe în colon, uneori chiar în sigmoid.

Intre **simptomele** enteritei cronice putem trece şi unele turburări pe care Porges le consideră complicaţii şi anume: urticaria, rinita vaso-motrice, unele anemii, migrene, unele diarei şi dispepsii intestinale, unele colecistite, atrofia mucoasei linguale tip Hunter, în fine unele ascensiuni termice.

Nu este nevoie să mai insistăm asupra naturei anafilactice a celor mai multe dintre turburările de mai sus. Altele sunt datorite resorbţiei, odată cu proteinele mai mult sau mai puţin străine de organism şi a unor elemente microbiene, colibacilul în special, care pot explica şi turburările renale şi vezicale aşa de des întâlnite în asemenea cazuri. După cum vedem simptomatologia enteritei cronice mucoase este polimorfă şi este probabil că diferenţele de simptome nu sunt datorite numai gradului de atingere al mucoasei ci şi porţiunei asupra căreia predomină, ceea ce justifică împărţirea noastră în jejunită şi ileită. Nu este exclus ca uneori procesul să fie şi mai localizat. Aceasta ar fi poate originea acelor ileite terminale sau segmentare cronice sclerozante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. Netratată afecţiunea, **durează** ani şi chiar zeci de ani. Şi ne putem închipui cât de mult sufere ficatul — primul lovit — şi organismul întreg, prin resorbţiile pe o suprafaţă aşa de întinsă a unui organ specializat în resorbţii, aşa cum este intestinul subţire.

D. **Tratamentul** acestei afecţiuni a fost destul de bine fixat de Porges, mai ales în ceea ce priveşte regimul. Ceea ce trebue avut în vedere este să suprimăm din alimentaţie lucrurile care accelerează transitul şi măresc secreţiile, deci în primul rând alimentele care conţin multă celuloză (zarzavaturi, fructe, compoturi, legume, nuci, marmelade, pâine neagră, ciuperci). Dacă aciditatea gastrică este scăzută, cartofii îi vom da în piureuri. Carnea numai bine tocată, sau fiartă şi fragedă (de pasăre mai slabă). Vom exclude aluaturile proaspete. Vom permite untul, făinoasele, pureuri cu lapte, zeama de fructe, brânza albă, pâine mai albă recè.

In formele cu **constipaţie** vom admite laptele dulce (dacă nu avem intoleranţă alergică pentru el). In acest caz vom da bolnavului lactoză câte o lingură înainte de mese, sau vom încerca zeama de fructe între mese. Ca medicamente contra constipaţiei vom folosi oleul de parafină sau, dacă găsim, normacol. După 2—3 săptămâni începem să administrăm bolnavului legume şi zarzavaturi în pureuri.

Când este însoțită de diaree, putem administra bismuth, dermatol sau tanalbin, pentru durerii derivate de atropină. Contra stărilor febriile vom încerca thiazolii care acționează direct în flora microbiană intestinală. Atunci când inflamația coboară în grosimea peretelui, vom prescrie penicilină — prin care la începutul tratamentului am observat totdeauna efecte bune.

Contra anemiei extrase hepatice și fier redus prin H.

Agenții fizici nu prea dau rezultate în afară de Priesnitz, care este bine să-l întrebuințăm.

CĂRȚI PRIMITE LA REDACȚIE

C. I. Parhon, L. Câmpeanu et Louis Copelman: Développement prodigieux de la mémoire des dates et de l'acuité sensorielle avec retard dans la formation de l'intelligence, de la personalité et de la notion du temps. (Académie roumaine, Sect. scientifique, Tome XXX, No. 3/1947).

Arnold Huttmann (Brașov-Roumänien): Klinische und statistische Hochdruckstridien. (Cardiologia, Basel (Schweitz), New-York. Vol. XII, fasc. 4—5/1947).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

G. Banu et Coll.: Recherches sur la Biologie du Peuple Roumain. (Bull. Acad. de méd. de Bucarest, No. 4—6/1946, 1 Vol. „Bucovina" de Bucarest, No. 47).

Prof. D-r N. Blatt: Studiu comparativ asupra învățământului superior în oftalmologie. (Cooperativa „Școala Poporului", București, 1947).

Lucrări originale

CONTRIBUȚIE LA STUDIUL TUMORILOR

de

V. GOMOIU

Incă din vremea studenției fiind izbit de oarecare nepotriviri între descrierea cărților și realitatea diverselor procese tumorale, mi-am pus o seamă de întrebări, dar nefiind în stare să-mi dau răspunsurile cuvenite, m'am mărginit la simpla relatare a faptelor observate[1]).

Ba aș putea spune că am încercat, pe ici-colea, chiar oarecare considerațiuni asupra rolului țesutului conjunctiv[2]); dar, oricât de timide sau ocolite au fost, ele mi-au părut a constitui o îndrăsneală, și, am părăsit repede acest domeniu.

De oarece însă ulterior aceleași întrebări mi s'au impus mereu — și tot mai stăruitor, — au revenit mai târziu, când m'am socotit îndreptățit să-mi spun cuvântul, și, în colaborare cu eminenții mei colaboratori, d-nii D-ri V. Plătăreanu și A. Cârstea, am întreprins un studiu general de anatomie, fiziologie, patologie, asupra „Țesutului Conjunctiv", iar concluziile la care am fost conduși, le-am publicat în anul 1938,

---

1) Sarcom al mezenterului — Com. Soc. Stud. Med., 20 Februarie 1904 — Osteoperiostita orbitară profundă, sifilitică, — ibidem, 20 Noembrie 1905 (și „Spitalul" 1907, Nr. 6) — Endoteliomul conjonctivei — „Spitalul", 1906, Nr. 9 — Asupra câtorva cazuri de lipome — „Spitalul", Nr. 10 — Fibrom inguinal enorm — Com. Soc Stud. Med., 10 Decembre 1906; Tumori rari — Revista de chirurgie, 1907, Nr. 2. — Osteom traumatic al quadricepsului — „Spitalul", 1907, Nr. 13. — Plăci osoase subcutanate — „Spitalul", 1907, Nr 24, ad. — Meningoencefalocel cu transformare fibro-lipomatoasă — „Spitalul" — an. 1908, Nr. 12. — Spondiloză rhizomelică — Com. Soc. Stud. Med. — 20 Ianuarie 1908 — Caz rar de tumoră a spatelui; — Febră în tumori (Col. Dr. Poenaru Căplescu) „Spitalul", 1908, Nr. 3. — Tumori fibroase subcutanate simetrice — Revista de chirurgie, 1908, Nr. 12. — Limfangioendoteliom parotido-submaxilar-Societatea Anatomică, București 14 Noembrie 1909, etc.

2) Rolul aglutinativ al lamboului conjonctival în operațiunile pe globu-ocular — Com. Soc. Stud. Med. — 4 Dec. 1905. — Rezistența organismului uman — ibidem, 17 Decembrie 1906. — Importanța peritonizării în hystereclomiile abdominale totale — „Spitalul", 1907, ad. Nr. 23.

într'o revistă de 115 pagini, pe care am reprodus-o şi în revista „Spitalul"[3]).

Cu aceia ocazie am afirmat că „ţesutul conjunctiv este cel care întreţine viaţa şi că tot el aduce moartea; — că apărarea organismului aparţine ţesutului conjunctiv; — că apărarea este locală, şi generală, şi că, felul în care se manifestă depinde de o mulţime de factori"[4]).

Curând după aceia, am comunicat Societăţii Anatomo-clinice din Bucureşti, anumite „turburări ale ţesutului conjonctiv consecutive unei tiroidite cronice[4*]), iar la 22 Februarie 1939 — într'o comunicare pe care am făcut-o Academiei de Ştiinţe din România[5]) — am insistat asupra proprietăţii pe care o au unele din elementele ţesutului conjonctiv, de a se fixa şi a se mobiliza după nevoe, îmbrăcând diferite forme, sub care să poată îndeplini funcţia cerută de împrejurări. Această posibilitate de schimbare a celulelor şi de revenire la starea anterioară ,am numit-o „reversibilitate celulară"[6]), iar pentru demonstrarea acestui proces, am invocat fenomenele care se petrec în inflamaţie acută sau cronică, unde, pe lângă simptomele „calor, dolor, rubor", se produce şi „tumor". Şi, fie că procesul ajunge, sau nu, la supuraţie, m'am întrebat: Cum dispare ulterior, acea „tumor?".

De altă parte, în studiul precedent — asupra „Ţesutului conjonctiv" am afirmat că procesul de infiltrare sau îngroşare lentă a ţesutului fibro-celular — cu, sau fără formare de noduli, fie dureroşi sau insensibili, — este un proces de reacţie sau de apărare a ţesutului conjonctiv, contra atâtor factori — locali, sau generali — fizici, chimici, infecţioşi sau endocrinologici. Apoi, amintind diferitele forme de „celulite", cărora li s'au alăturat aşa numita „maladia lui Reklinghausen", diferite spondilose sau poliartrite cronice deformante, osteo-distrofii, am arătat că aceste mezenchimopatii recunosc cauzele cele mai variate şi reprezintă tot atâtea forme ale ţesutului conjonctiv, în raport cu factorii cauzali. In sfârşit, am mai afirmat atunci că aceste mezenchimopatii se pot vindeca prin mijloacele cele mai diverse, şi uneori dispar chiar spontan; dar, exceptând inflamaţia acută, n'am arătat, şi nici alţii n'au

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3) *V. Gomoiu, V. Plătăreanu, A. Cârstea*—Tesutul Conjonctiv (Consideraţiuni anatomo-fisio-patologice) — Broşură de 115 pag. — Tip. „Cultura", Buc. 1938; Idem — „Spitalul" 1938, Nr. 7—11.

4) Ne cunoscând unele lucrări, ne-am atribuit atunci meritul de a fi creat termenul de „Mezenchimopatie", dar, ulterior mi s'a atras atenţia că el fusese pronunţat de către G. Parenti, şi ca atare, îmi fac datoria acestei rectificări.

4* *V. Gomoiu, V. Plătăreanu, A. Cârstea.* Turburări ale ţesutului conjonctiv, etc. Societatea anatomo-clinică, Buc. 20 Ian. 1939.

5) Idem. Considérations préliminaires sur le „Tissu conjonctif". Comptes rendus de l'Académie des Sciences, de Roumanie, 1939, T. III, Nr. 5.

6) Alţii folosesc — dar nu ştiu decând, şi nici dacă îl aplică aceluiaşi proces, sau altuia analog, — termenul „despecializare şi „respecializare".

lămurit, procesul intim al vindecării, adică mecanismul biologic al dispariţiei acelor formaţiuni, prin alte mijloace decât acele al exerezei chirurgicale.

Ei bine. Considerând amintita proprietate a celulei conjonctive de a reveni la forma şi funcţia obişnuită, după ce a îmbrăcat altele, de necesitate[7]), şi, coroborând-o cu observaţiile anatomo-clinice, mi-am făurit o concepţie despre constituirea şi dispariţia anumitor tumori, pe care am comunicat-o Academiei de Ştiinţe din România, la 14 Mai 1941, sub titlul „A propos de la reversibilité de la cellule conjonctive"[8]), şi pe care am repetat-o în revista „Spitalul", sub titlul „Procesul constituirei şi al topirei unor tumori[9]).

In acele publicaţii am arătat că se impune revizuirea a chestiunii tumorilor, sau mai puţin, a denumirei lor, de oarece multe din procesele patologice etichetate ca atare, nu corespund definiţiei generale, care implică „neoformaţie" prin „hiperplasie". Rezervându-mi dreptul să revin asupra tumorilor cu cariokinese, am afirmat că acele formaţiuni patologice — „tumori" — cari nu au cariokinese, nu pot să fie considerate ca „neoformaţiuni", şi dacă totuşi ele se numesc astfel, trebue ştiut că nu sunt datorite unei înmulţiri propriu zise sau unei reale „hiperplasii" (a celulelor locale, ci, este vorba numai de o înmulţire aparentă, datorită grupării sau organizării speciale a unor celule conjonctive venite de aiurea, care însă pot să-şi reia vechea situaţie şi funcţie, de îndată ce dispare cauza care determinase venirea lor; cu alte cuvinte, formaţiunile patologice la care mă referii şi cărora li se spune tot „tumori", nu sunt decât reacţiuni de apărare ale ţesutului conjonctiv, asemănătoare sau comparabile proceselor de apărare care se petrec în inflamaţiile noastre.

In sprijinul ipotezei mele am mai adus, în acelaşi an (1941) încă o „contribuţie", relatând un caz de tumori cu totul particulare[10]), iar la 6 Mai 1942, am expus în faţa Academiei de Ştiinţe, chestiunea tumorilor osoase formate prin mutaţia calciului în organism[11]), aducând prin aceasta un nou argument în favoarea părerii pe care mi-o făurisem despre mecanismul constituirei şi al dispariţiei anumitor tumori.

Nu ştiu dacă ipoteza mea a părut atât de eronată, încât

---

7) Acest fapt m'a determinat să cred că multe din celulele „speciale" —denumite „celula lui X, celula lui Z, etc."—nu sunt decât forme diferite ale aceluiaşi fel de celule, surprinse in diferite stadii evolutive.

8) *V. Gomoiu.* A propos de la réversibilité de la cellule conjonctive —Compte-rendu de l'Académie des Sciences de Roumanie, 1942 T. III. Nr 1-4.

9) *V. Gomoiu.* Procesul constituirei şi al „topirei" unor tumori,—„Spitalul", 1941, Nr. 5.

10) *V. Gomoiu şi I. Stoia.* Contribuţie la studiul patologiei ţesutului conjonctiv,—„Spitalul", 1941, Nr, 6.

11) *V. Gomoiu şi O. Vasilescu.* Consideraţiuni asupra mutărilor calciului în organism, — „Spitalul" 1942, Nr. 12. Compte-rendu de l'Académie des Sciences, T. VII, 1943-1945.

s'a crezut că nu merită nici oboseala unei critici, sau dacă este atât de veridică, încât n'a mai lăsat joc liber nici unei discuţii. Pe mine chestiunea a continuat să mă intereseze, dar n'am mai publicat nimic, nădăjduind mereu să pot face verificările de laborator care mi-au părut atât de necesare.

Timpul încă trecând, iar posibilităţile mele de verificare lipsindu-mi tot mai mult, m'am adresat direct unora din cei în drept a se pronunţa, rugându-i să-mi comunice părerea d-lor asupra celor expuse de mine. Dintre aceştia, mi-au răspuns d-nii Profesori D-ri Eugen Apostoleanu şi Ilie Bădescu (dela Facultatea de medicină veterinară), aderând fără rezervă la modul meu de a vedea [12]).

D-l Profesor D-r Titu Vasiliu (dela Facultatea de medicină din Cluj), care s'a ocupat în deaproape de „mezenchimul activ" (sistemul reticulo-endotelial), pe care l-a numit „aparat reticulo-histiocitar", spune că „dacă se poate susţine ipoteza reversibilităţii, ea nu se poate proba, fiind vorba de un proces biologic general puţin precis şi oarecum provizoriu, până ce alte procese fizio-patologice îl înlocuesc". „Problemele puse desigur, zice d-sa, sunt complexe şi multiple, şi ar merita să fie disjuncte... aşa cum ai început cu metabolismul calciului". D-sa îmi atrage atenţia asupra „histiocitelor găsite în ţesutul conjonctiv de legătură şi în special în adventiţa vaselor de tot felul, care, fiind celule mezenchimatoase tinere sunt omnipotente şi se metamorfozează producând nu numai fagocitoza şi atrocitoza elementelor detrituale de tot felul, dar, prin producerea de substanţe cu funcţiune de fermenţi care lucrează asupra elementelor distruse. Reversibilitatea ar corespunde de fapt înmulţirei celulelor reticulo-endoteliale (histiocitare), dând o mare mulţime de boale cunoscute astăzi ca reticuloze sau sarcoame reticulare şi eu (d-l Vasiliu) cred că şi leucemii". „Topirea tumorilor — zice D-sa — este în primul rând o distrugere celulară şi o remaniere a detritusurilor prin acele celule histiocitare active metobolice a restului de ţesut". „Multe din fenomenele pe care le-ai remarcat şi ai vrut cu drept cuvânt să le lămureşti, pot fi consecinţa unor factori complexi, nervoşi, humorali şi în special hormonali (met. calciului) încât este vorba de procese patologice de corelaţie, ne mai putând admite astăzi cauze unice directe". (Vezi — zice d-sa — şi Roussy et Messinger, Paris, 1946).

D-l Prof. D-r Emil Crăciun (dela Facultatea de medicină din Bucureşti, îmi scrie: „Concepţia ce apăraţi poate fi desigur susţinută cu numeroase argumente. Iar controlul de laborator la care reflectaţi va aduce natural faptele de obser-

12) D-nul Prof. Apostoleanu mi-a indicat ca sprijin în favoarea tezei mele însăşi lucrarea sa (din Lyon chirurgical) asupra consolidării fracturilor (în colab. cu D-l Vlăduţiu); iar D-l prof. Bădescu constată că chiar acei care, în ultimele lucrări vorbesc de „despecializare" şi „respecializare" celulară, pledează în sensul vederilor mele.

vaţie de bază. Căci este vorba de patologia celulară şi faptele de observaţie vor fi deci la această scară de mărime". Aci intervine o veche discrepanţă între metoda de investigaţie, care este statică şi materialul de studiu, care constitue un proces dinamic. Nici chiar culturile de ţesuturi, cu mijloacele lor actuale nu pot oferi aci metoda adequată, căci: a) elementele cultivate astfel se află în afara influenţelor neuro-hormonale ce armonizează într'un fel ori altul, toate manifestările organismului; b) rezultatele lor sunt demonstrative mai ales când se lucrează cu tulpini celulare pure. Dar un rezultat net se va putea obţine, chiar cu aceste metode neideale, adică cel puţin o indicaţie lămurită, comparând rezultatele metodelor de laborator clasice şi statice, cu cele ale metodelor dinamice, totul în lumina ciclului clinic; — mi-aduc aminte cu plăcere de lecţiile Dv. dela Colţea din 1914—1915, când ne vorbeaţi de inflamaţie şi aspectele de bază ale patologiei chirurgicale[13]).

„La goma sifilitică — zice d-l Prof. Crăciun — intervine desigur o demobilizare celulară, dar şi o puternică resorbţie a părţilor lichide sau lichefiate; la adenopatiile ce se topesc este demonstrabilă direct şi indirect topirea elementelor radiosensibile; la nevii vasculari intervine uneori tromboza, ceea ce echivalează cu o legătură biologică, etc. Pentru tumori — zice D-sa — încă nu avem motive directe arătând „demobilizarea" şimplă, nici cea urmând unei eventuale reveniri la normal a celulelor tumorale".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mulţumesc recunoscător celor patru profesori pentru bunăvoinţa de a-mi fi răspuns, şi, sunt măgulit să constat că — direct sau indirect, şi total sau parţial — au confirmat ipoteza mea; sau în orice caz, n'au respins-o ca o erezie nedemnă de a fi luată în considerare.

Incontestabil că, pentru a deveni perfect valabilă, — adică, pentru a dobândi caracterul de adevăr ştiinţific, — această ipoteză are nevoe de confirmarea laboratorului. Dar, de oarece verificarea ei întâmpină atâtea dificultăţi chiar în mâna specialiştilor versaţi, iar posibilităţile mele în această privinţă devin tot mai reduse, am socotit că este bine să atrag încă odată atenţia tutulor cercetătorilor — clinicieni sau învăţaţi din laboratoare — asupra ipotezei de mai sus, care se sprijină doar pe logică şi pe faptele clinice de observaţie.

Se ştie, de pildă, că exceptând infecţiile grave, cărora nu li se poate opune nici bariera ganglionară, inflamaţiile obişnuite formează „infiltrate", „împăstări", „induraţii" şi „tumori", mai mult sau mai voluminoase, care ajung sau nu, la supuraţii. Dar, dacă ştim bine cum se formază pureoiul, şi, dacă vindecarea acelei „tumori", prin incizie şi drenarea puroiului, apare

13) Mă bucură în mod particular buna amintire a D-lui Prof. Crăciun, care confirmă preocuparea mea în direcţia de care vorbii, iar de altă parte dovedeşte prin situaţia D-sale că n'am propovăduit în pustiu.

ca ceva banal, nu ştiu să fi lămurit cineva mecanismul intim prin care „se reduce“ sau „se resoarbe“ până ce dispare complect, zisa „membrană de apărare“, sau, mai corect, zidul, care constitue tumora inflamatorie.

Se ştie, de asemenea că, sub influenţa tratamentului mercurial, tumora pe care o constitue „goma“ sifilitică se reduce treptat până ce dispare, iar expresia consacrată acestui proces de regresiune este că „se topeşte“ goma, deşi am spus că „topirea“ în sensul propriu al cuvântului însemnează lichefierea unui corp mai mult sau mai puţin solid, pe când în urma gomei tratate nu rămâne nimic.

Unul din autorii de mai sus, recunoaşte că în gomă „intervine desigur o demobilizare celulară“ dar — adaugă D-sa — intervine şi o puternică resorbţie a părţilor lichide sau lichefiate“. Noi ştim însă ce se petrece cu grăsimea care se lichefiază sau cu „topirea“ aponevrozei necrozate; iar de altă parte, fie că am admite o acţiune directă, sterilizantă a mercurului sau arsenicului asupra spirochetei, sau o modificare umorală care să-i creeze un mediu nepropice, nu ştiu însă ca vreunul din cele două medicamente să aibă o acţiune specifică asupra vreunui fel de celule. Şi atunci se pune întrebarea: Care anume celule se lichefiază? de ce se lichefiază? şi ce devine produsul lichefiat? Se resoarbe ca şi serul sau alt lichid? Iată de ce spuneam că până aci n'a lămurit nimeni procesul intim al acelei „topiri“ a gomei sifilitice.

© Babeş-Bolyai University Library Cluj

Tot astfel. Cine n'a văzut că imense adenopatii „se topesc“ şi dispar uneori complect sub influenţa tratamentului prin razele Roentgen, şi altele? Dar, întrebatu-s'a ori, a răspuns cineva: cum se face acea „topire“, şi, ce devine enorma cantitate de ţesuturi care formează gâtul proconsular? Unul din autorii precitaţi zice că „la adenopatii este demonstrabilă direct şi indirect topirea elementelor radio-sensibile“; dar, se poate oare demonstra această afirmaţie în cazurile de vindecări prin iodur de potasiu?

Un alt exemplu — ziceam, poate cel mai tipic în această privinţă — ni-l oferă „negii“; căci, în afară de cei trataţi prin excizie sau cauterizare, foarte multe cazuri s'au vindecat, fără urmă, prin procedee empirice (aşa zisa vânturare cu mătura, sau „măsurarea cu aţa“, sau spălarea cu apă din gura calului, etc.), care echivalează unei dispariţii spontane. Dar, ţinând seamă de structura histologică bine cunoscută a acelor papilome, întrebatu-s'au cineva: cum dispar ele prin simpla sugestie? — pomenitele practice nici nu pot să pretindă vreo altă influenţă terapeutică. Unul din aceiaşi autori zice că „intervine uneori tromboza, care echivalează cu o legătură biologică, şi, procesul acesta este incontestabil în unele cazuri de amputări spontane, sau după ligatură, a câte unui papilom izolat, dar eu mă refer la acele suprafeţe cutanate întinse, cuprinzând toată faţa dorsală a mâinilor, acoperită de nenumăraţi negi, care

dispar fără să se „usuce“ ori să se amputeze, şi unde nu se poate nici cum să se invoce intervenţia unei tromboze.

Dar cheloidul, nu este el o „tumoră“ bine definită, cu paragraf special în histo-patologie? Şi totuşi, lămurit-a oare cineva mecanismul intim prin care se produce, sau de ce se produce, şi cum „se topeşte“ el sub influenţa razelor Roentgen? Ba încă. Se recunoaşte că sunt unele persoane „predispuse“ la anumite excrescenţe cutanate (papiloane), sau la cheloide pe răniri şi pe cicatricele post-operatorii; dar, explicat-a cineva: cum sau de ce?

Sau, — dacă pretindem a şti cum se formează calus-ul, şi dacă ştim că cel primar este de obicei butucrugos, exuberant, lămurit-a cineva cum se face „reducerea“ adică micşorarea lui ulterioară şi „medulizarea“ calus-ului definitiv?

Interesant este că asemenea fenomene de „topire“ cu dispariţia unor cantităţi considerabile de ţesut conjonctiv s'au observat chiar în cazuri de tumori considerate — de visu et tactu“ ca „inoperabile“. Spuneam bunăoară că am văzut un tânăr cu o tumoră prevertebrală, mare cât un cap de adult, pe care am diagnosticat-o, prin laparatomie, ca inoperabilă. Totuşi, prin tratamentul cu raze Roentgen, acea tumoră „s'a topit“ complect, şi într'un interval destul de scurt. Iar colegul D-r L. mi-a relatat cazul unei bolnave cu recidivă de „kyste-sarcom“ care umplea pelvisul şi a cărei inoperabilitate a fost recunoscută tot prin laparatomie; bolnava a fost trimisă acasă, dar, în loc de sfârşitul scontat de medicină, numita a revenit după două luni, ca să mulţumească operatorului, fiindcă în adevăr se vindecase complect, iar la examenul ce i s'a făcut cu acea ocazie, nu s'a mai constatat nici urmă din vechea tumoră.

Şi, câte asemenea cazuri s'ar putea să fie invocate ca exemplu, în desbaterea acestei probleme.

Ei bine. In faţa acestor constatări, care frizează „minunea“, este aşa de logic să repet întrebările: ce s'a petrcut în acele tumori? Cum s'au „topit“ ele până la complecta dispariţie? şi, ce au devenit elementele lor componente, adică ţesuturile din care erau formate? Căci se înţelege bine că, dacă reuşim să descifrăm mecanismul „topirei“ acestor tumori, uşor vom deduce pe acele ale constituirii lor, urmând calea întoarsă a aceluiaşi proces; sau, dacă dibuim mecanismul constituirii, putem să deducem pe acela al „topirei“.

Ei bine — repet — toate aceste constatări privitoare la constituirea şi la „topirea“ tumorilor de care vorbii, devin — şi încă foarte uşor — explicabile, dacă ţinem seama de acea proprietate a ţesutului conjonctiv pe care am numit-o „reversibilitate celulară“.

In adevăr. Dacă se admite — şi nici nu se poate con-

testă — facultatea de „reversibilitate" a celulei conjonctive[14]) se înţelege că, sub influenţa anumitor factori cauzali — o „spină iritativă" oarecare, anume celule conjonctive îşi părăsesc locul şi funcţia obişnuită, spre a se duce în apărarea punctului iritat, acolo ele se adaptează noii nevoi, se fixează şi constitue acele formaţiuni — „tumori" — amintite mai sus; iar varietatea lor pare să fie în cea mai strânsă legătură cu starea de echilibru sau desechilibru nervos (vago-simpatic), vascular, umoral, şi mai ales hormonal (endocrin) al fiecărui individ; iar acesta explică şi amintita stare de „predispoziţie" a unora pentru cheloide sau alte formaţiuni, sau constitue ceea ce s'a numit „temperamentele patologice".

De altfel, frequenta coexistenţă a fibromului uterin cu ovarita sclero-kystică, a determinat încă de mult bănuiala unei legături între causă (disfuncţiunea ovariană) şi efect (tumora uterină), iar influenţa secreţiei tiro-paratiroidiană în favorizarea sau împedicarea formării calus-ului (în fracturi), este considerat ca un fapt bine cunoscut. Ba încă. S'ar putea spune că este vorba de o certitudine verificată experimental prin vindecarea osteo-distrofiilor sau a spondilozei, sub influenţa amigdalectomiei, a paratiroidoectomiei, sau a altor mijloace.

Adică. Atunci când a dispărut factorul cauzal care a determinat concentrarea celulară, aceleaşi celule, — graţie altor factori, dar în virtutea aceleiaşi „reversibilităţi", — se remobilizează şi se duc acolo de unde au venit, reluându-şi vechea funcţiune, şi astfel se produce „topirea" formaţiunilor tumorale de care amintii.

Această concepţie a vindecării, prin „reversibilitate" şi risipire celulară, ar putea să explice chiar acele vindecări spontane de care amintii. Căci fiind dovedit că iperfuncţiunea paratiroidei poate să producă acele distrofii care ajung până la spondiloză, şi că acestea se vindecă prin paratiroidectomie, este foarte posibil ca factorul psihic să influenţeze şi să restabilească echilibrul normal inhibând excesul de secreţie — anormal — al unia sau alteia din glande, sau activând funcţia celei deficiente; în felul acesta s'ar produce o stare contrarie acelei care provocase distrofia, celulele conjonctive — liberate de noua sarcină care le adunase — 'şi-ar relua — prin „reversibili-

---

14) Arătai mai sus părerea D-lui Prof. Crăciun că concepţia pe care o apăr poate fi desigur susţinută cu numeroase argumente; — şi că „la goma sifilitică intervine desigur o demobilizare celulară". „Pentru tumori — însă, adaugă D-nia sa — încă nu avem motive directe arătând demobilizarea simplă, nici cea urmând unei eventuale reveniri la normal a celulelor tumorale".

Amintii de asemenea spusa D-lui Prof. Vasiliu că, „dacă se poate susţine hipoteza reversibilităţii, ea nu se poate proba". D-nia sa recunoaşte însă calitatea celulelor mezenchimatoase tinere — histiocitele — care „sunt omnipotente şi se metamorfozează", iar de altă parte recunoaşte că înmulţirea celulelor reticuloendoteliale (histiocitare) dau o mulţime de boale (reticuloze sau sarcoame reticulare).

tate" — obişnuita lor funcţiune, înapoindu-se la locul de unde veniseră şi astfel s'ar produce regresul sau dispariţia tumorii, adică vindecarea.

Iată de ce am afirmat — şi m'am crezut indrituit să inzist în comunicările mele anterioare — că în aceste formaţiuni tumorale conjonctive (adenite, papilomul, etc. şi chiar lipomul şi distrofiile osoase) nu este vorba de o înmulţire reală — adică de o adevărată „hiperplasie" prin „neo-formaţiuni" pe loc, — ci, numai de o îngrămădire sau grupare deosebită, şi de adaptare sau transformare specială, în vederea unei funcţii de apărare, a unor elemente obişnuite venite de aiurea.

Admiţând că „ţesutul conjonctiv constitue armata de apărare a organismului", am asemuit procesul reversibilităţii sale celulare cu mişcările de mobilizare şi demobilizare ale unei armate obişnuite. Elementele cele mai disparate (plugari, meşteşugari, intelectuali), dar active (tineri) şi care au deja o pregătire oarecare în vederea „apărării", pornesc de ici şi de colo, în număr redus, aşa încât ţara (organismul) nu se resimte de plecarea lor, îmbracă uniforma şi disciplina de rigoare — adică „se adaptează" scopului, devenind soldaţi, — şi se adună la locul de apărare, constituind armata; dar prin aceasta n'a crescut numărul populaţiei, adică, nu s'a produs o „hiperplasie". După ce a trecut pericolul — cu, sau fără, luptă şi morţi, — elementele componente ale armatei desbracă uniforma, părăsesc funcţia pentru care fuseseră chemate, şi se risipesc, revenind de unde plecaseră, pentru a-şi relua vechea lor funcţiune.

Această comparaţie — poate prea plastică pentru biologie şi mai ales pentru „ştiinţă", îşi găseşte o perfectă confirmare în procesele de mutaţia calciului în organism. In adevăr, în amintita comunicare [15]) am arătat că se vorbeşte de „osteoma hiperplazică", în categoria cărora se aşează diferitele „enostoze, exostoze, periostoze, osteotite", etc.; — că alături de acestea se descriu „osteomele hetero-plazice" printre care se consideră osteomele cutanate [16]), tendinoase [17]), coroidiene, meningee, pulmonare, etc.; şi, că în clinică se vorbeşte de osteomele adolescenţilor [18]) şi de osteofitele bătrânilor, de „spondiloză" [19]) şi de „sacralizare" sau de anchiloze osoase [20]), de calcifierea prostatei [21]), sau a

15) V. Gomoiu şi O. Vasilescu — Consideraţiuni asupra mutărilor de calciu în organism, — Com. la Academie de ştiinţe din România, 6 Mai 1942 — Idem „Spitalul" 1942, Nr. 12.

16) V. Gomoiu — vezi mai sus nota I (un caz de plăci osoase subcutanate).

17) Idem — vezi mai sus aceiaşi notă I (Osteom traumatic al quatricepsului).

18) V. Gomoiu.—Un caz de spina umerală. (Exostoză osteogenetică),— Com. Societatea de chirurgie, 21 Ianuarie 1915.

19) V. Gomoiu.—Vezi mai sus nota I (Un caz de spondiloză rhizomelică).

20) V. Gomoiu şi I. Stoia.—Osteom al coloanei cervicale,—„Spitalul", 1942, Nr. 11.—Idem.—Osteomele rachisului, broşură 1925, Buc. Tip. „Cultura".

21) V. Gomoiu şi V. Trifu. Consideraţiuni asupra calcarizării prostatei, Cercul pentru studiul boalelor genito-urinare, 21 Decembrie 1939.

„nodulilor“ pulmonari, de osteoartropatie pneumică, sau de cea tabetică; se descrie cu lux de amănunte un rachitism fetal sau congenital, altul infantil sau adolescent, şi altul adult, afirmându-se că este vorba de o distrofie a scheletului, care determină curburi şi nodozităţi; şi, cu tot atâtea amănunte se vorbeşte de leontiasis-ossea, sau de osteită deformantă, şi de osteomalacie sau de osteoporoză, ori de achondro-plazie, căreia i se mai zice şi rachitism sau cretinism fetal, etc.; şi, s'a afirmat că toate aceste deformaţiuni pot să se vindece, dar nimeni nu lămurise de unde provine calciul necesar formării lor? când nu s'a dat organismului niciun surplus; — şi, ce devine calciul liberat prin dispariţia lor; — dacă nu se elimină pe nicăeri.

De altă parte, se dă astăzi ca noţiune certă, că mixoedemul este rezultatul unei bolnăviri a glandei tiroide, iar în ce priveşte acromegalia, unii o atribue perzistenţii timusului, pe când după alţii ea s'ar datora unei bolnăviri a glandei pituitare, dar — repet — nimeni n'a lămurit de unde provine excesul de calciu al exuberanţelor osoase, şi ce devine cel liberat prin dispariţia lor.

Pentru justificarea stărilor deficitare, s'a invocat insuficienţa calciului din alimente, sau insuficienţa de asimilare, sau pierderea lor prin decalcifiere, iar pentru explicarea demineralizării s'a emis o „teorie infecţioasă“, una „inflamatorie“, una „respiratorie“, una „prin auto-intoxicare“, şi chiar una „nervoasă“, creindu-se clasa maladiilor „trofo-nervoase“ ale oaselor; iar peste toate acestea, s'au adăugat cunoştiinţele asupra rolului endocriniei şi al vitaminozei sau avitaminozei. Cu toate acestea, tot nu s'a precizat mecanismul intim al producerii şi al dispariţiei acelor formaţiuni.

Pentru lămurirea acestui proces am invocat exemplul cel mai comun — al sarcinei — care putea să fi atras de mult atenţia tutulor şi să ne fi îndreptat de mult către răspunsul care îmi pare cel mai veridic. Căci, este neîndoios că toate gravidele (mamele) dăruesc o parte din calciul lor pentru formarea scheletului fetal, fără să se cunoască de unde l-au luat şi fără să fie nevoe de ingerarea altuia, suplimentar. Unele dintr'însele îşi demineralizează, însă în aşa fel unele oase, încât ajung până la pierderea dinţilor, sau la osteomalacie, iar pentru apărarea lor trebue să li se administreze un plus de calciu, de vitamină şi de produse endocrine.

In faţa acestei constatări, mi-am pus întrebarea: de ce numai unele gravide îşi pierd dinţii sau fac osteomalacie, pe când marea majoritate nu? şi, ce devine calciul lor, dacă nu se elimină prin urină? Iar cele care nu-şi pierd dinţii, de unde iau ele plusul de calciu necesar, dacă majoritatea nu fac niciun tratament special, şi nici nu-şi modifică regimul alimentar în timpul sarcinii?

Alături de acest exemplu am considerat şi faptul că, majoritatea fracturilor se consolidează într'un anumit tmp, fără in-

tervenţia unei alimentări deosebite sau a vreunui tratament special, iar uneori consolidarea este favorizată printr'o simplă acţiune mecanică, sau chiar printr'una psihică; pe când alteori, — chiar dacă nu este vorba de ipotiroidieni sau de sifilitici, care reclamă un tratament special, — consolidarea întârzie chiar dacă se administrează pacientului un surplus de calciu.

Odată cu aceste constatări, se puneau fireşte, tot atâtea întrebări, şi anume: De ce întârzie consolidarea unor fracturi? — de unde provine calciul acelora care se consolidează normal, şi de unde surplusul pentru exuberanţa calus-ului primar, dacă bolnavul n'a urmat nici regim, nici tratament deosebit? — ce devine calciul după reducerea calus-ului, dacă nu se constată eliminarea lui prin urină?

Ei bine. Vindecarea spondilitei prin extirparea paratiroidei a constituit o adevărată experienţă in vivo, capabilă să lămurească toate nedumeririle de mai sus. Totuşi, dacă mai era nevoe de vreo altă demonstraţie edificatoare, aceasta mi-a fost procurată de amintitele cazuri de exostoze (osteoze) care coexistau unor decalcifieri vecine, de aciaşi mărime. De ce a plecat calciul din epifiză, sau din diafiză, şi s'a depus în altă parte, unde a format osteomul? De ce nu s'a luat câte puţin de peste toţi — ca de obicei — ci s'a luat numai dintr'un loc?

Iată atâtea întrebări, la care am crezut să se poată răspunde admiţând că, în organismul nostru există un sistem regulator al calciului, datorat echilibrului funcţional endocrin dintre ipofiză, timus, tiroidă, paratiroidă, etc., graţie căruia, calciul se dispune totdeauna în anumite puncte de osificare ale scheletului fetal, îşi menţine apoi o anumită repartiţie în scheletul adult, şi restaurează starea normală alterată prin fracturi, sau în alt fel. In stare normală, pentru anumitele nevoi fiziologice, acest regulator culege de pretutindeni câte puţin calciu, — în aşa fel că întregul organismului nu se resimte,— iar după risipirea formaţiunilor osoase, calciul revine în locul de unde a fost cules. Din contră. In cazurile „patologice" se ia prea mult calciu dintr'o singură parte sau din mai multe, ducând la decalcifiere aparentă, pentru a-l elimina sau a-l grămădi inutil în anumite locuri unde se crează diferite formaţiuni osoase. Acest fapt se datoreşte fără îndoială unui desechilibru funcţional nervos (vago-sympatic), vascular, umoral, şi în special hormonal (endocrin), iar factorii provocatori dela peurperalitate, până la bătrâneţe, pare să fie nenumăraţi.

Exceptând deci cazurile de împuţinare reală a calciului — prin lipsă de asimilare, sau prin eliminare, — în mod normal, proporţia de calciu în organism s'ar menţine aceiaşi, iar diferitele formaţiuni osoase nu se datoresc unei reale înmulţiri, ci unei repartiţii inegale, sau unei îngrămădiri a calciului cules de aiurea, în mod uniform, sau disproporţionat.

Cum însă aceste osteopatii, osteodistrofii, exostoze, etc. nu sunt simple grămădiri de calciu, cum ar fi un pumn de nisip

pus pe masă, ci este vorba de anumite formaţiuni conjonctive care fixează calciu, am făcut o apropriere între mecanismul formării şi al risipirei lor, şi acele al tumorilor la care m'am referit mai sus.

Prin urmare, în acest proces, ca şi în cel de mai sus, ar fi vorba de un auto-împrumut, care devine posibil graţie „reversibilităţii celulei conjonctive", iar aceasta este în măsură să explice atât formarea cât şi „topirea" anumitor tumori. Ar fi deci vorba de o spină iritativă — factor cauzal — care chiamă acţiunea de apărare a ţesutului conjonctiv, iar acesta, după puterea lui de apărare — subordonată factorilor de care vorbii, — sau, poate după nevoie, produc abces, flegmon sau tumoră, ori rămâne total inactiv — fiind incapabil să reacţioneze — ca în septicemie unde se lasă invadat, sau că în abcesele de fixaţie care „nu prind". In caz de echilibru endocrin, se face o mobilizare regulată a elementelor — fără prea mari alterări organice, — iar după încetarea cauzei, vindecarea se face „normal" prin restabilirea quo ante. Din contră, în caz de dezechilibru endocrin, atât mobilizarea cât şi demobilizarea se fac în mod anarhic, mai de loc. In felul acesta, însuşi flegmonul lemnos şi tumorile, ca şi moartea prin lipsă de reacţie, ar fi tot urmarea acestui desechilibru care — după cum zisei — constitue „predispoziţia" sau „temperamentele" noastre patologice.

Păstrând încă rezerva pe care mi-am impus-o în ce priveşte tumorile cu cariokineze, deşi chiar cancerile experimentale apar tot ca un fel de reacţie a organismului la iritaţia produsă şoarecilor, prin badijonarea cu gudron, — înclin a crede că părerea expusă mai sus asupra mecanismului formării şi topirei tumorilor de care am vorbit, este cea mai satisfăcătoare.

Totuşi, ori cât de ispititoare ar fi pentru mine această „teorie", repet că am socotit necesar să o supun încăodată desbaterii tutulor celor cunoscători în materie, căci, confirmarea ei ar fi de natură să influenţeze foarte mult — dacă nu chiar radical — conduita noastră terapeutică.

Travail de l'hôpital d'Etat Târgu-Jiu – Service chirurgical
Chirurgien en chef: Dr Corneliu Adameşteanu

LES INTERVENTIONS DE DÉTENTE DANS LES CAS LIMITES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. LA DOUBLE DÉTENTE SUPÉRIEURE ET LA TRIPLE DÉTENTE.

par

C. ADAMEŞTEANU

L'inconvénient majeur des interventions chirurgicales de collapsus, est qu'elles prétendent une indication stricte et bien

limitée. C'est pourquoi nous trouvons très heureux le terme de „cas limite" créé par l'école française. Il ne s'agit pas seulement d'une simple classiification didactique, mai par sa généralisation dans le langage des médecins, le terme a eu l'avantage d'attirer l'attention sur ce goupe important des malades que nous rencontrons aujourd'hui de plus en plus fréquement. Un cas limite est un cas chirurgical à la limite de l'opérabilité par les techniques de la collapsothérapie classique cas, dans lequel cette chirurgie devient impuissante ou grevée de grand débbires post-opératoires. Il faut tâcher de ne pas abandonner à leur sort cette catégorie des malades chirurgicaux, qui ne peuvent bénéficier ni du Ptx artificiel ni de la collapsothérapie chirurgicale.

Maintenant que par les techniques chirurgicales de collapsothérapie on obtient partout des statistiques de plus en plus parfaites ,tous les efforts, doivent être faits pour trouver des tactiques opératoires et des nouvellès techniques, afin de rendre opérables les cas limites.

Or, la conduite générrale a été déjà tracée: pour les cas limites il n-y a que la tactique de sécurité à employer. Obtenir d'abord la stabilisation du malade par des moyens chirurgicaux, de même que médicaux, et envisager ensuite l'intervention de collapsus qui guérit le malade. Soulager au moins partiellement le foyer tuberculeux du traumatisme respiratoire par des interventions de détente, c'est ouvrir la porte de la stabilisation clinique du malade.

Digitized by Central University Library Cluj

Nous avons défini les interventions de détente, celles dont le but se limite à la suppression de la tension élastiques dynamique. Elles doivent être distinguées des opérations de collapssus qui se proposent d'annihiler d'un coup, les deux tensions élastiques de Parodi: la dynamique et la statique.

D'après Parodi, la tension élastique dynamique s'exerce dans 5 directions différentes:

a) La tension élastique dynamique verticale supérieure, imprimée par le puissant groupe musculaire des scalènes, qui s'insérant sur le demi cercle rigide de la première côte, y forment avec les différentes expansions ligamentaires, au point de vue physiologique et anatomique un veritable „diaphragme cervicothoracique".

b). La tension élastique dynamique inférieure constituée par le muscle diaphragme.

c) La tension élastique dynamique antérolatérale entretenue par les muscles grand dentelé et petit péctoral.

La tension élastique dynamique exerce sur les côtes des tractions rytmiques et synchrones, en créant des zones d'influence régionales auxquelles est soumis le parenchyme pulmonaire.

Forlanini, lorsqu'il parlait du traumatisme réspiratoire, n'avait en vue que cette seule force. Ce n'est que plus tard que Parodi distinguait l'autre, la tension élastique statique.

Bien des processus tuberculeux commencent à évoluer sous l'influence dynamique d'un seul groupe musculaire, mais l'extension du foyer dans les régions voisines, fait soumettre celui-ci à l'influence de deux groupes musculaires. C'est le cas de la plupart des lésions apicales.

Il ne faut pas négliger non plus les lésions dites hipolaires c'est-à-dire les lésions basales associées aux lésions apicales. A leurs côtés peuvent être rangées ces formés déséspérantes, des lésions diffuses macronodulaires, éparpillées dans tout le parenchyme pulmonare.

Lorsque le Ptx artificiel est impracticable que l'intervention de collapssus apparait dangereuse, et jusqu'à ce que les antibiotiques spécifiques seront à la partée de toute cette catégorie des malades, il ne nous reste qu'à recourir en prémière instance à l'intervention de détente. Les détentes chirurgicales doivent ouvrir un nouveau et vaste champ d'activité dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire.

Nous possédons aujourd'hui au moins une intervention de détente pour chaque groupe musculaire, c'est-à-dire: l'ablation de la Iè côte pour le groupe des scalènes, le raccourcissement de la clavicule pour le groupe musculaire antéro externe, et enfin les interventions sur le phrénique pour le diaphragme.

Si la localisation de la lésion nous y oblige, il nous est trés facile de combiner ces interventions entre elles, mais nous pouvons déjà souligner les règles principales des détentes:

1) L'intervention doit être bénigne, supportable sans risque, par la catégorie des cas limites à état général défficient.

2) Reconnaître par des moyens cliniques et radiologiques par radiokymographie si possible, très précisement l'influence dynamique sous laquelle se trouve le foyer.

3) Pour estimer d'avance le résultat de la détente dans un cas donné ,il faut bien connaître le mécanisme d'action de chaque intervention de détente ainsi que l'étendue de leurs effets combinés en cas d'intervention complexe. Voilà pourquoi nous trouvons nécessaire de présenter en quelque lignes chaque intervention de détente.

Ablation de la I-ère côte.

C'est M. le Prof. Jacobovici qui a proposé en 1925 la première technique d'ablation partielle de la I-è côte et phrenicectomie par la voie susclaviculaire. Par cette technique on peut enlever un segment de 4 cm. de la I-è côte surtout dans la région postérieure, mais le plus puissant des scalènes — l'antérieur — garde l'insertion et la function intacte.

En 1929 parait la technique de Jay Coffey, toujours par voie aus-claviculaire qui permet l'ablation partielle de la I-ère côte surtout dans la région postérieure, associée à la scalénotomie, phrénciectomie et à la section du nerf thoracique de Ch.

Bell, pour obtenir en même temps la paralysie du grand dentelé. C'est une complexe intervention de détente de tous les groupes musculaire mais asses imparfaite.

En effet, la scalénotomie est bientôt suivie d'une cicatrisation fibreuse du muscle, qui permet la reprise de sa fonction dynamique et en ce qui concerne le groupe musculaire antéroexterne, il n-y-a que le grand dentelé qui soit paralysé, tandisque le petit pectoral garde sa fonction.

En 1930 le Prof. Grégoire publia dans la thèse de son élève Lyonnais, la technique de l'ablation de l'arc postérieur des deux premières côtes, associée à la scalénotomie, phrénicectomie et suivies d'apicolyse par la voie sus-claviculaire. Lauwers modifie la téchnique de Jay Coffey en lui ajoutant une apicolyse.

Ces interventions de détente par voie sous-claviculaire, étant complexes, difficiles à éxecuter et ne touchant pas bien le but de détente poursuivi ont été abandonnées. Pour supprimer la fonction de diaphragme cervico-thoracique, il faut extirper la I-ère côte en totalité car l'insertion des trois scalénes s'éparpille sur toute sa longueur.

La première technique d'ablation totale de I-è côte, fut proposée par Proust et Maurer en 1934; L'intervention était exécutée par une double incision: sous claviculaire pour le segment antérieur, sus-claviculaire pour le segment restant postérieur. En 1935, Maurer et Dreyfus Le Foyer présentèrent une modification de la téchnique précedente, dans laquelle l'importance du temps sus-claviculaire diminue en faveur du temps sous-claviculaire. C'est à cette occasion que ces auteurs proposèrent l'ablation extra-periostée de la I-è côte pour pouvoir retarder le temps thoracoplastique sans crainte d'ossification.

En fin dans leur „cas limites" Dreyfus Le Foyer et Delbecu en 1941, proposèrent la technique de l'ablation de I-è côte par une seule incision ,sous-claviculaire. Les auteurs accordent à cette intervention un rôle de détente très important, dans le traitement des cas limites. Ils l'emploient dans les cavernes sus et retroclaviculaires secretogènes, avec fièvre et signes d'intoxication. Son action clinique se manifeste bientôt par l'amélioration progressive et globale des tous les symptômes principaux; la chute de la température, la diminution de l'expectoration et la stabilisation du poids. Le malade peut subir la thoracoplastie au plustard, 2 mois après.

L'ablation de la I-è côte n-a pas d'influence de détente sur les lésions sous-claviculaire: pour les cavernes rétroclaviculaires paramédiastinales afin d'éviter un déséquilibre de la lésion, l'extirpation de la première côte doit être suivie d'une apicolyse.

II. Raccourcissement de la clavicule.

Nous avons proposé en 1946 le raccourcissement chirurgical de la clavicule suivie d'osteosynthese comme intervention de

détente pour les lésions évolutives sous-claviculaires. Cette intervention à titre autonome, s'est montrée efficace également dans les formes de tbc. pulmonaire fibreuses diffuses et évolutives ,dans lesquelles on constate une tendance évidente à la rétraction de la paroi thoracique.

Nous ne reviendrons plus sur les détails techniques et les résultats thérapeutiques obtenus par cette intervention qu'on peut trouver dans nos travaux antérieurs, mais nous trouvons nécessaire quelques mots sur le mécanisme d'action.

Par le raccourcisemment de 4—5 cm. de la clavicule, l'omoplate est attirée en avant et en dedans avec la même distance. Les muscles grand dentelé et petit pectoral approchent leurs insertions scapulaires et coracoidiens respectives, de celles costales. Ainsi leur puissance de contraction et leur tonicité disparaissent, si bien qu'ile soient mis au repos physiologique.

Mais, éliberée de l'expanssion antérolatérale, la paroi thoracique doit subir ensuite l'action compressive de l'omoplate attirée en avant par le raccourcissement de la clavicule et en arriére par la mise en tension des fibres horizontales du trapèze et par le rhomboïde. Les angles costaux se ferment, les espaces intercostaux diminuent de hauteur et les côtes prennent une position d'expiration.

Si sous examinons le malade 3—4 semaines après l'intervention, nous pouvons apprécier l'affaissement thoracique par l'enfoncement de la paroi sous la clavicule. La longueur circulaire de l'hémithorax réspectif est plus courte que celle du côté opposé. A la radioscopie on constate une réduction appréciable de l'expansion inspiratoire de la moitié supérieure de l'aire pulmonaire.

Les radioscophies succesives, montrent que la rétraction thoracique se continue à mesure que nous nous eloignons du moment de l'intervention; elle peut atteindre dans les cas favorables, la réduction de diamètre transversal préoperatoire de 1/4 dans les six premiers mois, voire même de 1/3 à la fin de l'année. Pratiqué comme intervention de détente pour des cavernes parfaitement circulaires à siège infraclaviculaires, le reccourcissement de la clavicule produit la déformation de la caverne, qui diminue de volume et prend l'aspect ovalaire ou piriforme.

Toutes ces observations nous ont permis d'affirmer que cette simple intervention produit un tassement remarquable, concentrique ,lent et progressif de la moitié supérieure de l'hemithorax respectif. A l'effet du tassement constaté précocement après l'iintervention s'ajoute celui de rétraction thoracique qui se développe progressivement à la demande des lésions sous jacentes.

Plus celles-ci ont tendance à la fibrose, plus la rétraction est importante. C'est par la suppression de la tension élastique dinamyque dans la région antérolaterale que cette intervention à but de détente, met en repos les lésions infraclaviculaires en

aidant à la rapide stabilisation du malade. La temperature descend en quelques jours à 37°; l'expectoration diminue, les signes d'intoxication disparaissent. L'intervention de collapssus a été partiquée de 2 semaines à 2 mois après le raccourcissement claviculaire. Nous avons executé cette intervention dans plus de 60 cas soit à titre d'intervention autonome dans les cas de tbc. fibreuse évolutive, soit à titre de détente dans les cas limites à foyer évolutif sous claviculaire. Ses indications sont en général celles de la thoracoplastie de Monaldi, qui produit l'éffet de détente par la désinsertion costale des muscles grand dentelé et petit péctoral.

L'expérience clinique nous a montré que l'éxtirpation de la I-ère côte et le raccourcissement de la clavicule, sont les interventions de détente idéales, la première pour les lésions rétro et sus-claviculaires la seconde pour celles infraclaviculaires. Mais l'emploi isolé de chacune d'entre elles dans certaines lésions appicales laisse persister le danger de produire un déséquilibre de la lésion par la tension dynamique de l'autre groupe musculaire en fonction.

En effet, pour une lésion infraclaviculaire mais très haute, peut-on affirmer avec certitude qu-elle n'est pas touchée par l'influence dynamique des scalènes? Inversement, une lésion rétroclaviculaire echappe-t-elle sûrement à l'influence de la tension élastique dynamique antérolatérale? Or, le siège le plus fréquent des lésions apicales se trouve justement à la limite des zones d'influence dynamiques des deux groupes musculaires. D'autre fois il s'agit d'un vaste foyer qui s'étend dans les deux zones. Voilà pourquoi au point de vue physiopathologique, pour certains cas, nous avons trouvé nécessaire d'associer les deux interventions. Cela ne veut pas dire que le raccourcissement de la clavicule et l'extirpation de I-è côte n'auront plus leur indication, isolément. Elles gardent leur indication dans les cas où l'influence de l'autre groupe musculaire ne peut pas être mis en discution.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Par l'association des deux détentes la technique de l'ablation de la I-è côte se trouve facilitée. En effet, les difficultés techniques qui faisaient de cette intervention une des plus délicates, résultaient du fait que le champ opératoire était couvert par la clavicule comme par un auvent. Les éléments vasculonerveux qui traversent la I-è côte étaient ménacés d'être serrés entre la clavicule et l'écarteur qui faisait du jour pour la libération de la côte.

On l'extirpation d'un fragment claviculaire juste au niveau du passage des vaisseaux sur la côte n'est pas seulement nécessaire pour faciliter l'extirpation de la côte, mais par le raccourcissement claviculaire que nous réalisons à la fin de l'opération, on ajoute à la suppression fonctionelle des scalènes, celle du grand dentelé et petit pectoral.

Nous avons dénommé cette intervention la double détente

supérieure. Si nous y ajoutons l'alcolisation où l'éxérèse du phrenique nous pratiquons une triple détente par la même incision. La technique est facile à éxecuter, non choquante, et très supportable par les malades.

Technique opératoire.

Anesthésie locale (sol. novocaïne 0,75%), par infiltration de la peau sur le bord antérieur de la clavicule et des tissus periclaviculaires. A la partie interne on pousse l'anesthésique vers le I éspace intercostal en bas, à un cm. du bord stérnal en infiltrant le grand péctoral. Toujours là, au ras du bord inférieur de la clavicule en dirigeant le bout de l'aiguille verticale contre la résistance de l'apophyse transverse, ou de la I-è côte. on y pousse 20 cm. d'anesthésique.

A la region dorsale au niveau de la 2ère apophyse épineuse dorsale, à 2 travers de doigt en dehors, on enfonce l'aiguille dans le trapèze obliquement de dehors en dedans, comme pour rencontrer le corp vértébral. A 3-4 cm. de profondeur on rencontre la résistance de l'apophyse transverse, ou de la I-è côte. En retirant un peu l'aiguille on fait basculer son bont en bas pour l'angager dans le I espace intercostal, où l'on pousse 10 cc. d'anesthésique et 10 cc. au dessus de la côte.

La ligne d'incision longue de 12 cm. aproximativement commence du thiers externe de la clavicule, suit son bord antérieur et près de l'art. sternoclaviculaire, elle se recourbe en bas, parallèlement au bord du stérnum jusqu'à la 2-è la 2-è côte (fig. 1).

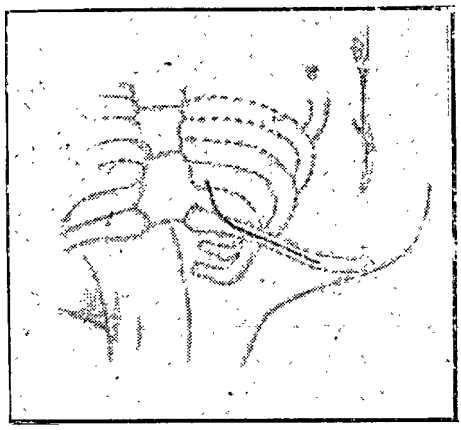


Fig. 1

Incision dans la double détente.

La clavicule est déperiostée sur toutes ses faces. Le segment osseux à enleyer doit être calculé d'avance, car il doit représenter 40% de la longueur totale de la clavicule mesurée en

ACTA MEDICA ROMANA
Nr 3-4/948

PLANSA I

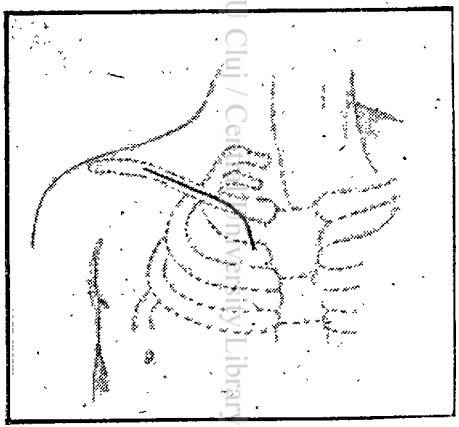


Fig. 1 — Incision dans la double détente

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 3-4/948

PLANSA II

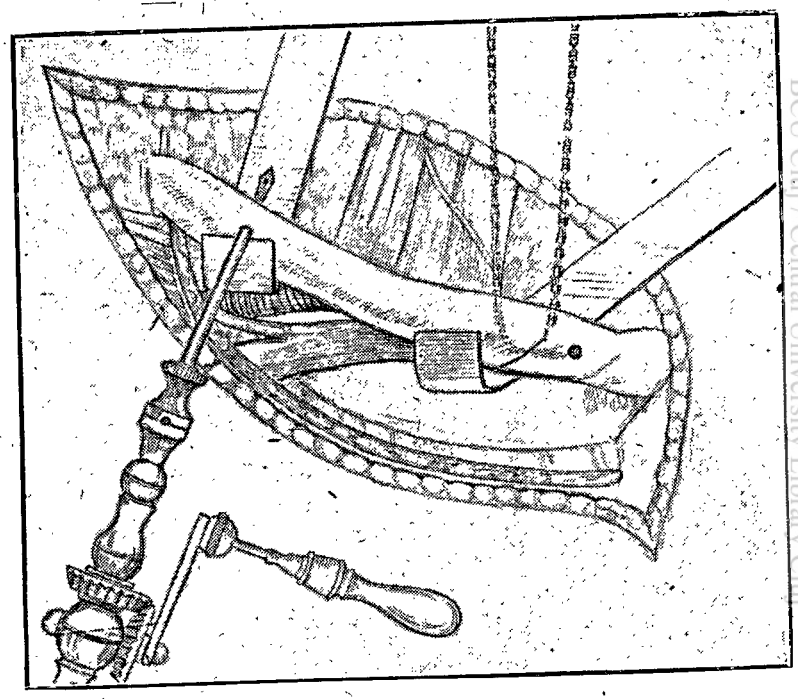


Fig. 2 — Ablation du fragment claviculaire

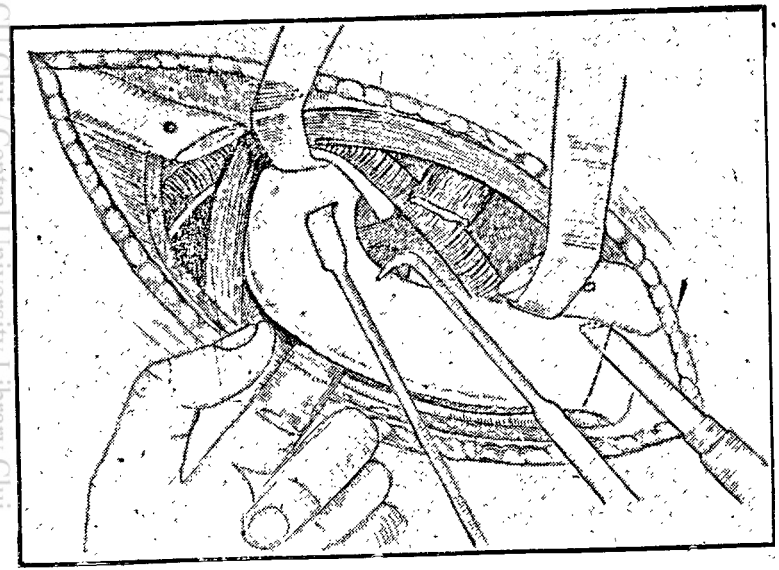


Fig. 3 — Liberation de la I-ère côte

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ACTA MEDICA ROMANA
Nr. 3-4/948

PLANSA III

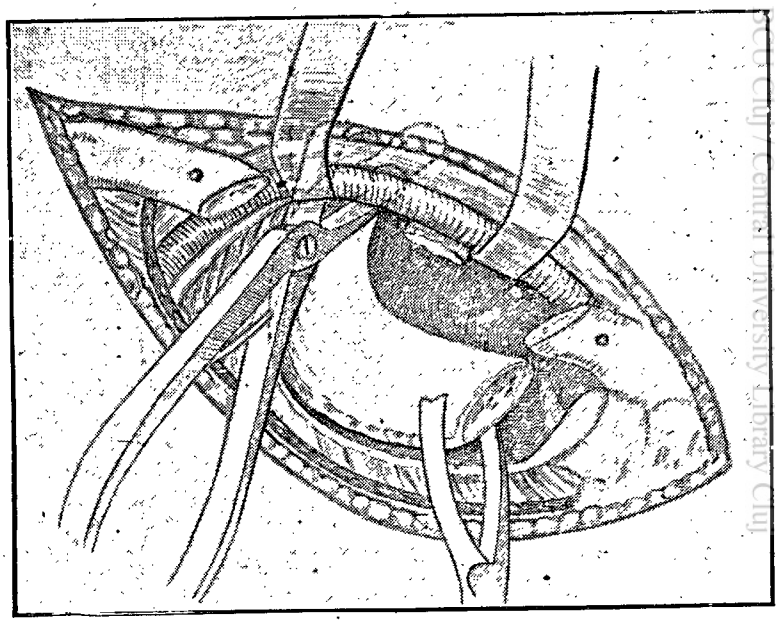


Fig. 4 — Extirpation de la 1-ère côte

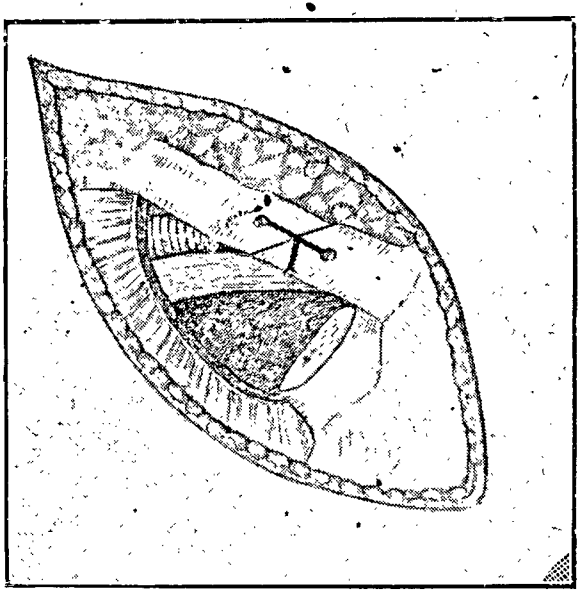


Fig 5 — Ostéosynthèse de la clavicule

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ligne droite de l'articulation stérnoclaviculaire à celle acromio-claviculaire. On trace ensuite avec le bistouri, les trajets obliques et parallèles de la future section osseuse d'après le calcul préalable. En dehors du trajet externe et en dedans de celui interne, on perfore l'os d'avant en arrière pour le passage du fil d'ostéosynthèse. Suit la section osseuse avec le Gigli d'après les trajjets fixés et l'ablation du segment osseux. Pendant la perforation et la section osseuse, les vaisseaux sous claviers doivent être protegés par le passage d'un écarteur Farabeuf sous la clavicule (fig. 2).

Sur le lit du fragment claviculaire enlevé, il n'y a que le petit muscle sousclaviculaire qui couvre la I-è côté et les éléments vasculonerveux qui la traversent. On commence donc la dissection et l'abaisseement des fibres du grand pectoral à la partie interne, la section du tendon costal du muscle sous claviculaire et du ligament costo claviculaire. La face supérieure de la I-è côte parait toute de suite sous le segment claviculaire interne restant. C'est à ce moment qu'on soulève sur un écarteur Farabeuf la veine sousclaviculaire qui fait voir ensuite le tendon du scalène antérieur.

En disséquant sa face antérieur ou son bord interne près de l'insertion costale, on trouve le phrenique qui peut être sectionné dans la triple détente.

Avec la rugine courbe qui ne doit pas quitter le contact osseux on décolle le périoste sur la face supérieure de la I-è côte de proche en proche en désinsérant les scalènes. Au fur et à mesure que la rugine progresse de dedans en dehors, les éléments vasculo-nerveux suivants se laissent plus facilement soulever d'abord par la rugine, ensuite par l'écarteur, qui les attire dans l'espace libre de la clavicule, sans danger de compression. Eliberés de leur insertion costale, les corps charnus des scalènes se rétractent en haut.

Le bout décollateur de la rugine pour suivre la courbure de la face supérieure de la I-è côte doit prendre d'abord la direction presque transversale de dedans en dehors, ensuite une direction de bas en haut.

On libère ensuite le bord antéro-inférieur de la I-è côte et on s'insinue avec la rugine courbe sur la face inférieur de la côte. La aussi il faut progresser doucement en gardant toujours le contact osseux et en manoeuvrant la rugine d'après les courbures de la I-è côte. En soulevant bien sur l'écarteur les éléments vasculo-nerveux qui traversent la I-ère côte, on passe à la libératoin plus difficile du bord postérieur. Pour ce faire, il faut commencer sous la veine sousclaviculaire qui se laisse mieux soulever. L'index de l'autre main passe sur la face inférieure et doit rencontrer la rugine qui rappe la face supérieure d'avant en arrière. Il suffit d'une simple brèche de decollement periostique sur le bord posterieur, tout juste pour pouvoir faire passer à

Digitized by Central University Library

cheval sur le bord, l'échancrure du raspatoire de Semb. L'utilisation de cet instrument, par sa longue manche, et par l'emboitement du bord costal, nous a paru extrêmement heureux pour la libération du bord. (Fig. 3).

Pour la libération du bont sternal de la côte on peut facilement faire basculer en haut le fragment interne de la clavicule.

Ici nous attirons l'attention du danger qu'on court pour la blessure facile du golfe de la jugulaire par des manoeuvres brutales avec des instruments puissants et coupants.

Ainsi eliberée la première côte, il ne nous reste qu'a l'enlever. Il y a deux manières de procéder. Ou bien on la sectionne avec la pince de Liston au milieu, où elle est plus abordable, en la partageant en deux segments qui doivent être enlevés séparément, ou bien on sectionne avec le bistouri le cartilage sterno-costal et on enlève la côte d'une seule pièce (fig. 4). De toute façon, le bout libre est saisi par une pince à griffes et basculé toujours en bas et en dehors pour éviter le danger qui se trouve en haut et en dedans. La pince tenaille de Maurer dont les branches tiennent contact intime avec les faces respectives de la côte, glisse sous les écarteurs, jusqu'au bout de l'apophyse transverse, point de section postérieure de la I-è côte.

La côte enlevée, nous terminons l'intervention par l'ostéosynthèse de la clavicule en faisant passer par les trous forés dans les segments restants de la clavicule un fil métallique, dont les bouts sont serrés sur la face antérieure. Pour aider à l'affrontement des surfaces de section osseuse, il faut pousser l'épaule réspective en avant et es dedans. Suture cutanée. Le bras et l'avant bras sont immobilisés par un bandage thoracique collé à la poitrine pendant 21 jours jusqu'à la consolidation de la clavicule. (Fig. 5).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La double détente supérieure ne donne pas de choc post-opératoire, n'empêche pas l'éxpectoration et sur 17 cas opérés par nous, à partir du mois de Mars 1947, nous avons eu les accidents suivants: un cas de blessure de la veine sousclaviculaire, suivie de ligature latérale, et un cas d'oedème passagère du bras et de l'avant bras, très probablement à la suite d'une phlébite discrète.

Mais les suites cliniques lorsque l'indication est bien choisie, sont très interessantes. Par exemple la fièvre atteint 37° dans la première semaine, même si on opère a 38,5°. La toux et l'expectoration diminue chaque jour ainsi que des malades qui avaient jusqu'a 50—60 sputes par jour, en deux semaines ils n'en ont plus que 7—8 en 24 heures. Les transpirations nocturnes disparaissent ,l'appétit revient. On peut parler vraiment d'une rapide stabilisation clinique.

Si nous regardons à la radioscopie le malade opéré, nous constatons un silence réspiratoire presque complet dans la moitié

supérieure de l'hémithorax. L'affaissement thoracique est encore plus important qu'à la suite du simple raccourcissement de la clavicule.

Les cavernes diminuent de volume, s'ovalisent et les phénomènes congestifs perifocaux disparaissent, le champ radioscopique s'éclaircit.

Sur 17 cas de double détente supérieure nous avons pratiqué la thoracoplastie dans 9 cas seulement; dans 8 cas une thoraco dans un temps et dans un cas en 2 temps. Le temps thoracoplastique a suivi la double détente à une distance de 2 semaines à 2 mois. Nous avons choisi le moment de la thoraco quand le malade étant afébril, le nombre des sputes ne depasse 10 en 24 heures.

Nous n'avons eu aucun ennui postopératoire, par contre nous pouvons souligner quelques avantages pour la thoraco secondaire. Par exemple l'omoplate étant attirée en avant, elle découvre très bien le champ opératoire dans l'incision interscapulovertebrale. De même, à la fin de la thoraco par l'application de l'omoplate sur les lits costaux, nous n'avons pas cet espace interscapulocostal où s'amasse le sang provenu des lits costaux qui entretient la fièvre et nous oblige d'employer la Penicilline ou les sulfamides. On supprime le drainage sans danger le 3—2 jours. Enfin, la I-è côte étant enlevés par la détente, la thoraco s'exécute plus facilement.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Indications. Il est superflu de souligner que les interventiions de détente ne sont indiquées que dans les cas limites du traitement chirurgical qui peuvent habiller des aspecte cliniques multiples dont les types sont les suivants;

a) Cas unilatéral à Ptx impraticable avec fièvre continue, état général et aggravation continue et avec un nombre important de sputes par jour.

b) Cas bilatéraux avec Ptx d'un côté et lésions évolutives étendues et sécretantes de l'autre côté, où le Ptx n'est pas pratiquable.

c) Cas bilatéraux avec Ptx impracticable des deux côtés.

Lorsque la détente a été décidée il faut préciser l'étendue de la lésion, l'influence dinamique sous laquelle elle se trouve.

Nous n'avons pas rencontré un cas de caverne susclaviculaire ou l'extirpation de la I-è côte isolée soit indiquée comme détente mais dans ce cas nous aurions pratiqué l'ablation de la côte par la section de la clavicule au milieu et la basculation du fragment externe en bas, et de celui interne en haut.

On peut ainsi faciliter l'extirpation de la I-è côte sans ablation d'un fragment claviculaire. A la fin on doit faire l'ostéosynthèse de la clavicule.

Pour les foyers qui s'étendent sous la clavicule et la dépassent en haut, il faut avoir recours à la double détente supérieure que nous avons faite dans 17 cas.

Les lésions sousclaviculaires latérales sont susceptibles du simple raccourcissement de la clavicule et si elles s'étendent à la base, on peut pratiquer par la même incision le raccourcissement claviculaire et alcoolisation ou phrénicectomie. Nous avons pratiqué cette intervention depuis Mars 1946 et nous la trouvons une heureuse combinaison de détentes.

Dans 7 cas de lésions bipolaires, dont 5 cas avec cavernes sous-claviiculaires et infiltrats basales, nous avons pratiqué la triple détente. Cette intervention qui supprime fonctionellement tous les muscles inspiratoires de l'hémithorax soumet le poumon opposé à un travail vicariant brusque. Son integritéclinique et radiologique doit donc être attentivement étudiée. Dans un cas nous avons eu une bilateralisation en 4—5 semaines. Les autres autres ont bien supporté l'intervention. Dans un cas récent nous avons pratiqué d'abord la phrénicectomie, et 3 semaines après, la double détente. Il parait que dans les cas dificiles même les détentes doivent être succesives.

L'espace étant restreint nous nous hâtons de présenter quelques observations:

OBS. 1. — Ruxandra D., 24 ans, début de la maladie en Mat 1947, par fièvre, hémoptisie, transpirations nocturnes, rapide altération de l'état général. Le Ptx artificiel n-a pas été pratiquable à droite.

Lorsqu'elle nous est présentée, le 30 Sept. 1947, son état général est asses précaire. La température qui dure depuis 3 mois atteint le soir régulièrement 38—38,5°; anoréxie, toux avec 40—50 expectorations par jour Climiquement, des râles humides et craquements dans l'aisselle droite, au desous de la clavicule, et dans la région scapulaire. A l'écran nous constatons une caverne presque gigante dans la région retro sousclaviculaire entouré d'un appreciable hallo congestif.

Nous réfusons l'idée d'un Ptx extrapleural vue la proximité de la caverne avec la corticalité pulmonaire et nous pratiquons le 3 Oct. 1947 la double détente supérieure. Comme suite, la témperature descend en lysis, et touche la normale au bout d'une semaine, l'expectoration diminue chaque jour, les transpirations nocturnes disparaissent et l'appétit revient. A la radioscopie, la caverne parait réduite de volume ovalisée et son contour est plus clair. Il existe egalement un appréciable tassement thoracique.

Le 18 Oct. 1947, lorsque la malade était afébrile à 4—5 expectorations par jour, on lui pratiqua une thoracoplastie paravertebrale post. 2—7 inclusivement très bien supportée.

La malade quitte l'hôpital le 30 Oct. 1947 (après un mois) afébrile sans expectorations. Revue en Février 1948 son état général est admirable n'a pas d'expectorations.

OBS. 2. — Jeanne Lep., 27 ans, institutrice. Fait en 1942, une lobite supérieure droite excavée pour laquelle elle est traitée par Ptx artificiel jusqu'en 1945 lorsqu'elle fait un exudat. En 1946 le Ptx

n'est plus pratiquable à cause de la symfise totale. L'état général commence à fléchir, l'éxpectoration s'accroît, fait d'épisodes febriles de 2—3 mois. Un séjour à la montagne et le traitement médical n'amènent pas d'améliorations visibles. C'est la bilatéralisation.

En Août 1947, on lui institue un Ptx artificiel de détente à gauche, mais la fièvre persiste à 37,8—38°, l'expectoration a 40—50 par jour, anorexie, pâleur et amaigrissement impressionants. La perte des forces physiques ne lui permet pas de quitter le lit.

A cette date on constate à la radioscopie: cavernes multiples entourées de hallos congestifs dans les lobes supérieurs des deux côtés Ptx de détente à gauche qui décolle d'ailleurs idéalement le poumon.

Malgré son état général, le 18 Août 1947, on lui pratique une double détente supérieure à droite. La temperature descend à la normale en 4—5 jours, l'expectoration diminue progressivement, l'appétit revient. Le 21 Oct. 1947 on lui pratiqua une thoraco paravertebrale 2—8 inclusivement, qui est bien supportée. Depuis 4 mois elle continue les insuflations à gauche, a gagné 6 kg. en poids, son état général s'ameliore.

OBS. 3. — Grigore Lit., 20 ans, mécanicien malade depuis 1945, lorsqu'il entre au Sanatorium Brad, où on lui institue un Ptx artificiel droit pour une lobite supérieure excavée.

Après 7 insuflation, il fait un pleurésie de la grande cavité qui met 6 mois pour se résorber.

En 1946 le Ptx est impratiquable, mais à la suite de la pleurésie, s'instale une rétraction thoracique appreciable.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Il continue au Sanatorium de Brad un traitement médical, mais son état général commence à fléchir car il fait de courts épisodes febriles, la perte de l'appetit, de pertes pondérales et 20—30 expectorations par jour.

Envoyé au Sanatorium Dobrița au mois d'Avril 1947, il présente un état général médiocre, subfébril (37,2—37,5), une petite caverne infraclaviculaire droite pachipleurite basale avec rétraction de l'hémithorax droit. La vitese de sédimentation accelerée, C. V. 2000 cc., B. K. positif. Le 26 Mai 1947, on lui pratique la triple détente à droite. En 10 jours devient et reste afébril, l'appétit revient, n'a plus d'éxpectoration.

Le 30 Juin 1947, a dejà gagné 2 kg. en poids, la vitese de sédimentation normale, C. V. 1800 cc., B. K. negatif, disparition de la caverne.

Le malade quitte le Sanatorium en bon état général en Nov. 1947.

ROMÂNIA R.P.R. Biblioteca Universitară

Institutul de farmacologie Cluj
Director: Prof. Dr. C. C. Velluda

CLASIFICAREA SINCOPELOR CARDIACE PE BAZE NOI [1]).

de

D-r CAIUS V. ANTONESCU
Şef de lucrari

Sincopele cardiace sunt studiate, aproape în toată literatura medicală, mai mult sau mai puţin sistematizat; în general ele sunt amintite în treacăt, ca simptome ale unor afecţiuni cu caracter general sau ca o modalitate de sfârşire a afecţiunilor cardiace.

P. Savy este acela care pune puţină ordine şi sistematizează, foarte succint sincopele cardiace, clasificându-le în 4 grupe: 1. **Sincopa nervoasă**, pe care o subdivide în psihică, dureroasă — reflexă şi mecanică; 2. **Sincopa digestivă**; 3. **Sincopa de origine circulatorie**, subdivizată în forma ischiemică şi forma fibrilaţiei ventriculare; 4. **Sincopa toxică**.

După o amănunţită cercetare analitică a mecanismelor cari pot determina producerea sincopelor cardiace, am fixat bazele pe cari să construesc o nouă clasificare, raportat la mecanismul patogenic al producerii sincopelor cardiace, dela început făcând o separaţie între sincopele observate în clinică şi cele obţinute pe cale experimentală.

© Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Cele mai frecvente sincope cardiace sunt, în general, datorite unei iperexcitabilităţi emotive, sensoriale sau viscero-sensitive, — unei ipersensibilităţi receptive neuro-cardiace şi unei labilităţi în echilibrul cardio-vegetativ. Căci, trebue să admitem, incontestabil că, reglarea funcţiunilor cardiace şi a presiunei endarteriale, precum şi starea tonusului cardio-vascular, este în funcţiune de echilibrul cardio-vegetativ. Căci, trebue să admitem, incontestabil că, reglarea funcţiunilor cardiace şi a presiunei endarteriale, precum şi starea tonusului cardio-vascular, este în funcţiune de echilibrul sistemului neuro-vegetativ şi de gradul de sensibilitate receptivă şi reacţională a zonelor reflexogene cardio-aortice şi sino-carotidiene. Evident mai este şi faptul, că în analiză finală, indiferent care ar fi factorul cauzal sau declanşator, sincopa cardiacă este urmarea unei dilataţiuni acute ventriculare sau fibrilaţiei ventriculare, fie unei opriri diastolice datorită efectului parasimpatic. Adevărat că această ultimă formă de sincopă nu se produce definitiv, decât cu inimile în prealabil afectate, fie funcţional, fie organic, exceptându-se în parte cazurile electrocutării.

1. O primă categorie de sincope cardiace — dar cari se opresc la gradul lipotimiei, sau dacă sunt sincope adevărate, ele sunt de scurtă durată sau foarte uşor remediabile, — cunosc un **mecanism reflex**. Punctul de plecare poate fi scoarţa cerebrală, zonele psihice, sau la nivelul centrilor vegetativi abdominali, ori zonele

1) Comunicare la Reuniunea Anatomică Cluj-Sibiu şed. 15 | III 1945.

sensitive vegetative reflexogene periferice, fie cu punct de plecare dela nivelul tegumentelor sau a mucoaselor.

2. Alături de acest mecanism reflex, sunt o serie de sincope cardiace de **natură vagală directă**, fie că excitaţiunea s'a petrecut la nivelul nucleilor vagali, fie la nivelul terminaţiunilor intracardiace, cari sunt datorite acţiunei diferitelor substanţe toxice parasimpatice exogene sau endogene. Dar exceptând sincopa prin electrocutare, toate celelalte sincope vagale directe, nu se observă în clinică, decât accidental şi fără urmări grave, dacă inima nu este în prealabil afectată. Experimentele însă, s'a produs astfel de sincope prin asocierea nicotino-cloroformică sau hepato-carbaminoil-cholinică.

3. Un al treilea mecanism este cel prin **fibrilaţie ventriculară.** Această fibrilaţie, poate fi urmarea unei defectuoase circulaţiuni locale, fie leziunilor inflamatorii sau degenerative ale fibrei miocardiace, fie prin leziuni ale sistemului neuro-endocardiac sau neurozelor cardiace greffate pe un fond de turburări endocrine grave (Haţieganu), fie în fine, prin intoxicare gravă miocardică.

4. Un al patrulea mecanism este cel al **oboselii acute cardiace,** care se caracterizează prin dilataţie acută a ventriculului stâng sau a tuturor cavităţilor cardiace (M. Plătăreanu), pe care se grefează fibrilaţia — **forma colapsului cardiac.** Aşa se petrece adeseori în miocardie şi precum se petrece totdeauna în sincopa adrenalino-cloroformică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5. Un al cincelea mecanism este acel al leziunilor centrilor cardio-vasculari encefalo-bulbari, fie prin compresiune sau traumatism, fie prin leziuni degenerative datorită ischiemiei cerebrale sau în fine, prin paralizia centrilor bulbari vitali.

6. Un al şaselea mecanism este cel al unui **brusc desechilibru vago-simpatic,** pe un fond de intoxicaţiune miocardică.

7. Un al şaptelea mecanism, este cel datorit asfixiei de origine centrală, fie prin anoxemie sau datorită elementelor oxigenofixatoare reduse.

8. In fine, cel de al optulea mecanism este cel **mecanic,** prin compresiune asupra inimei, fie prin efort fizic.

Cunoscând aceste multiple mecanisme ale sincopei cardiace, vom putea trece la clasificarea schematică:

Grupa I. — **Sincopele neuro-vegetative.**

1. **Sincopa vagală:** a) reflexă (psihice, emotive), reflexe propriuzise (dureroase, spasmuri, traumatice, sincopa cloroformică primară); b) directă (nicotino-cloroformică, hepato-cholinică, muscarina, electrocutare).

2. **Neuro-miocardice simpatice:** adrenalino-cloroformică şi cele datorită asociaţiei celorlalţi derivaţi adrenalinici sau adrenalino-secretorii cu cloroformul sau cu derivaţii metanului, adrenalino-benzolică.

3. **Fibrilaţia ventriculară:** adrenalina (intramiocardic sau dozele toxice intravânoase), nicotina, sparteina (dozele toxice), adrenalino-

sparteinică, sincopa din difterie, sincopa prin paralizia nodului atrial, cloroformul (doze masive), sincopa sparteino-cloroformică, clorura de calciu, de magneziu de bariu.

Grupa II. — **Sincopele prin mecanisme diferite.**

1. **Miopatice:** boli infecto-contagioase şi toxice, sincopa cloroformică secundară, sincopa benzolică (toxică), miopatii degenerative.

2. **Circulatorii:** a) la nivelul sistemului nervos (ischiemia nervoasă centrală, ischiemia centrilor bulbari, puls lent permanent); b) la nivelul inimei (infarctul cardiac, angina pectorală).

3. **Paralizia centrilor vitali bulbari:** stovaina, novocaina, cocaina (rachianestezie, cloroformul (faza bulbară), hipnoticele (intoxicaţiuni masive), acid cianhidric, cianura de potasiu (prin intoxicaţiune).

4. **Asfixie şi anoxemie:** prin asfixie respiratorie primară, ergotamino-cholinică, toate emoragiile mari interne sau externe nejugulate şi anemiile grave hematogene.

5. **Mecanic şi efort:** a) prin compresiune nervoasă (emoragii cerebrale, meningite), prin compresiune cardiacă (simfiza pericardică, pericardita exudativă, aerofagia, dilataţia acută gastrică); b) traumatică (bulb, 1/3 superioară a regiunei cervicale); c) efort fizic în adinamia cardiacă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

APLICAŢIE RARĂ A PLEUROCAUSTIEI: UNIREA PUNGILOR EXO-ENDOPLEURALE PE CALE ENDOSCOPICĂ

de

VICTOR GALAN

Majoritatea metodelor terapeutice, dar mai ales diversele tratamente ale tuberculozei pulmonare au, în evoluţia lor, două epoci:

— prima perioadă din viaţa fiecărui nou intrat în arsenalul terapeutic e dominată de un optimism categoric, prin prizma căruia se proclamă că noul remediu va reuşi să înlocuiască, cu numeroase avantagii, vechile procedee.

— a doua perioadă se caracterizează prin tendinţa de cooperare a noului tratament cu cele preexistente; noul venit devine „complimentar" sau se lasă „complectat" de unul din procedeele pe care voia să le înlocuiască.

Astfel pneumotoraxul artificial trebuia să suprime clasica cură igieno-dietetică; nu după mult timp, pneumotoraxul şi cura de repaus au devenit — cel puţin pentru primele luni de tratament — noţiuni asociate în orice raţionament ftiziologic.

Frenicectomia a vrut să detroneze metoda lui Forlanini; s'a rezecat frenicul în toate cazurile şi localizările, chiar dacă s'ar fi putut face — cu mai mult folos — un pneumotorax. Ulterior, operaţiei lui Stuertz şi Felix i s'au limitat indicaţiile, devenind mai ales un procedeu „complimentar" sau „de pregătire".

Drenajul aspirativ endocavitar trebuia să suprime toracoplastia. Azi, Monaldi preconizează toracoplastia „di sicurezza" după toate cazurile, inclusiv cele considerate perfect reuşite; pe de altă parte, prin procedeul lui Monaldi se rezolvă de multe ori o „fantă" cavitară reziduală sub un plastron de toracoplastie.

Au fost chirurgi şi ftiziologi atât de entuziasmaţi de colapsul electiv oferit de pneumotoraxul extrapleural în cât, pentru leziunile treimei superioare, au propus pneumotoraxul extrapleural „d'emblée" (şcoala germană); aceeaş indicaţie e rezervată recent toracoplastiei superioare de şcoala americană. Nu se ştie cât de viabile sunt aceste indicaţii, dar pneumotoraxul exo-endopleural şi toracoplastia complimentară rămân bunuri definitiv câştigate în ftizioterapie.

Nu mai amintesc numeroasele medicamente biologice sau chimioterapice, care se adresează infecţiei tuberculoase însăşi: după un debut răsunător toate au sfârşit ca adjuvante. (Va fi oare streptomicina excepţia mult aşteptată?)

Aceste asociaţii terapeutice au devenit „clasice" şi a recurge la ele înseamnă să te angajezi pe un drum bătut. Dar nu totdeauna, în ftizioterapie, aceste drumuri ne sunt deschise. De multe ori se cere un efort de imaginaţie, din care nasc noi asociaţii, atipice, necesare pentru ducerea la bun sfârşit a unui act terapeutic ce riscă să fie compromis de o complicaţie neaşteptată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La o astfel de asociaţie neobicinuită am fost silit să recurg în cazul redat de observaţia ce urmează.

Pacienta M. B. de 18 ani, se internează în sanatoriul de chirurgie pulmonară „D-r Bibicescu" la 8 Iunie 1945, cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară ulcerocavitară dr., evolutivă. Bolnavă de aproximativ 30—40 de zile, e trimeasă de medicul curant pentru colapsoterapie.

La 8 Iunie 1945, i se institue un pneumotorax i. pl. dr.; după 5—6 insuflaţii, nu se poate obţine decât o pungă bazală, net controelectivă, leziunile fiind situate în treimea superioară.

Se renunţă la pnc. i. pl. şi se pune indicaţia de pneumotorax extrapleural „de necesitate".

La 20 Iunie 1945, este operată: cu technica obicinuită, se creează o pungă extrapleurală cu decolare suficientă în toate planurile.

Considerând această pungă utilă, ţinând seama de faptul că baza e indemnă, se renunţă la unirea pungilor exo şi endopleurale, urmând ca punga i. pl. bazală să fie abandonată.

Mersul postoperator este turburat de chinte de tuse perzistentă, care nu poate fi calmată cu niciunul din mijloacele încercate; opiaceele administrate per os sau paranteral (sedopon) nu sunt tolerate (greţuri-vomitări).

La primul control radioscopic, după 18 ore, se constată efectul supărător al expansiunilor violente la care e supus plămânul: pleura parietală s'a reacolat în parte, astfel că septul pleural ce separă cele două pungi se găseşte acum la nivelul speluncei, având aspectul unei bride falciforme, cu inserţia viscearlă la nivelul leziunii. Se procedează imediat la insuflarea pungei e. pl. cu presiuni pozitive, dar ea nu poate fi totuşi readusă la dimensiunile iniţiale.

In această situaţie aveam de ales, în mod obişnuit, una din următoarele trei atitudini:

— să adoptăm principiul „laisser faire, laisser passer", menţinându-ne într'o expectativă, mai mult sau mai puţin, armată.

— să abandonăm ambele pungi, urmând să se recurgă la o toracoplastie de substituţie.

— să încercăm o redecolare, pe cale sângerândă.

Prima eventualitate a fost exclusă din motive de ordin temperamental (privind pe medic, nu pe pacientă) şi pentru a se evita o agravare foarte posibilă în aceste condiţii.

La ultimele eventualităţi s'a renunţat din cauza potenţialului evolutiv al leziunilor, motiv pentru care bolnava n'ar fi suportat nici o aşteptare indefinită şi nici o nouă intervenţie şocantă.

Am recurs la o a patra posibilitate, eşită din analogia cazului de faţă cu un pneumotorax i. pl. ineficace din cauza opoziţiei unei bride laterale şi am procedat în consecinţă: secţionarea septului pleural, şi unirea pungilor, pe cale endoscopică, benignitatea acestei intervenţii făcând-o imediat aplicabilă.

La 28 Iunie 1945, după prealabila evacuare a 120 cc. lichid serohematic din punga e. pl., am introdus cele două trocare în spaţiul V intercostal, unul pe linia axilară ant. şi unul pe linia axilară post., la 3—4 cm. sub nivelul septului pleural. Orientarea şi secţiunea s'au dovedit extrem de simple, intervenţia nedurând decât 15—20 min. După crearea unei breşe, pe unde s'au scurs câţiva cc. de exudat în cavitatea pleurală, secţiunea — uşurată de faptul că se cunoştea dinainte conţinutul acestei „bride" — a fost dusă post. până la nivelul corpilor vertebrali şi ant. până la unu şi jum. doi cm. de marginea sternului. Pereţii pungei extrapleurale aveau aspect inflamator, erau tapisaţi din loc în loc cu coaguli şi peretele costal prezenta mici pete echimotice. Aşa cum s'a prevăzut, intervenţia s'a dovedit benignă şi se realizează un colaps total.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mersul postoperator: că în majoritatea rezecţiilor de bride importante, cu apariţie de exudat în cavitatea pleurală, însoţită de o ascensiune termică; temperatura scade apoi în lisis, normalizându-se după 10 zile, când bolnava părăseşte sanatoriul.

In Ianuarie 1946, aflăm că bolnava îşi continuă insuflaţiile.

In Maiu 1947, la o anchetă în scris, nu ni se răspunde.

Ulterior, am avut ocazia să întâlnesc de 2—3 ori această indicaţie, dar din diverse motive ea n'a putut fi aplicată.

Două condiţii esenţiale, pentru ducerea la bun sfârşit a acestei operaţii atipice, merită să fie semnalate:

— ea trebue să fie precoce, înainte de a se organiza cunoscutele îngroşeri pleurale însoţite de retracţie.

— trocarele să se introducă în punga intrapleurală; inutil — pentru cei obicinuiţi cu tehnica pleuroscopiei — să adaug din ce motive.

Après une courte revue des procédés thérapeutiques associés habituellement en phtisiothérapie, l'auteur décrit un cas où il a été amené à imaginer une

nouvelle association colapsothérapique, en réalisant la communication d'une poche extrapleurale, récente et insuffisante, avec une poche intrapleurale sous jacente, par voie endoscopique à l'aide du galvanocautère.

L'A. passa in rivista i principali mezzi terapeutici associatti nella tisioterapia e poi ci descrive un caso dove è stato obbligato di ricorrere a una nouva associazione colassoterapica; ha unito i due sacchi aerei extra ed intra pleurali, per mezzo del galvanocauterio, sotto il controllo del pleuroscopia.

CERCETĂRI NOI PRIVITOARE LA TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR ALERGICE PRIN HISTAMINĂ *)

de

Dr. V M. PLĂTĂREANU

Membru Titular al Academiei de Științe
Chirurg primar Spit. Dr Cantacuzino.

In lucrările mele anterioare [1]) am arătat efectul imediat și perfect totodată, al șocului histaminic în maladia serului, în migrenă și în astmul esențial, precum și efectele deosebit de remarcabile ale histaminoterapiei locale în turburările alergice ale tubului digestiv, în special duodenale, aplicată intraoperator și postoperator.

Cercetările la care ne referim astăzi cuprind mai multe categorii de afecțiuni, cu substrat alergic.

Expunerea o vom face în ordinea următoare:

1. Efectele curative ale șocului histaminic în ulcerele gastroduodenale evolutive.

2. Efectele curative ale șocului histaminic în anafilaxie alimentară.

3. Efectele curative ale desensibilizării locale sau ale șocului histaminic în afecțiuni sau sindrome pruriginoase, exematoase sau algice.

1. Efectele curative ale șocului histaminic în ulcerele gastroduodenale.

In legătură cu această chestiune vom expune două observațiuni, una privind un ulcer duodenal, și alta un ulcer al micii curburi.

In **prima observație** este vorba de o tânără doamnă, care de peste 6 ani sufere de un ulcer al primei porțiuni duodenale, cu foarte importante fenomene de gastrită în regiunea pilorică.

---

*) *Academia de Științe*. Ședința din 15 Decembrie 1946.

1) Dr. V. M. Plătăreanu: Tratamentul maladiei serice prin injecții de histamină intravenoasă. (Comunic. Acad. Științe 8 IV 946; Mișcarea Medicală No. 8-10 1946. 2) Dr. V. M. Plătăreanu: Tratamentul migrenei prin șoc histaminic. (Comunic. Acad. Științe Com. 27 I 946; Articol Acta Medica Romana No. 3-4 946. 3) Dr. V. M. Plătăreanu: Desenzibilizarea histaminică în afecțiunile tubului digestiv. Academia Stinţe. Iunie 1945. Articol Acta Medica Română No. 8-9 945.

Cu o impresionantă regularitate, toamna şi primăvara, ulceraţia duodenală se redeştepta, cu tot cortegiul de simptome caracteristice: epigastralgii spontane înainte de prânz, localizate paramedian drept, dureri în frigare la nivelul dorsalei a X-a, slăbiciune, hiperaciditate, dureri de tip colic din primele ore după masă, care se prelungeau după natura alimentaţiei.

Fiecare perioadă de recrudescenţă dura între 3-4 săptămâni şi ceda la tratamentul clasic.

In primăvara anului precedent, fenomenele ulceroase reîncepuseră, dar în ciuda tratamentului clasic şi a regimului, fenomenele nu mai cedaseră, iar pierderea în greutate fusese rapidă şi îngrijorătoare.

Radiografia practicată de eminentul nostru coleg, D-r. Temeliescu arată un ulcer al porţiunii prime a duodenului, cu reacţie inflamatorie a regiunii pilorice.

O nouă încercare terapeutică medicală şi dietetică de 10 zile nu a adus nicio modificare a ulceraţiei

Având impresiunea că ulceraţia luase un caracter evolutiv torpid, prin faptul că depăşise două luni, am propus o reacţie de desensibilizare a zonei bolnave prin şoc histaminic.

Am prevenit bolnava şi familia că ar putea să aibă o sângerare a ulceraţiei şi că, pentru aceasta, trebuia să-şi urmărească coloraţia fecalelor. Bolnava acceptând şocul histaminic, i-am injectat o fiolă din soluţia $^{10}/_{000}$ hista-dimilli în venă, după o preabilă amestecare cu 10 cm. de autosânge.

Injectarea s'a făcut lent, în poziţie culcată. După primii cm 3 de sânge histaminizat, pacienta a simţit o sensaţie vagă de căldură în corp şi o arsură în frigare exact la nivelul suferinţei sale obişnuite. Celelalte simptome, foame dureroasă, epigastralgie, etc. au fost reproduse în timpul injectării histaminei, dar cu caracter ceva mai intens decât în mod obişnuit.

Când paacienta dădea semne vădite de intoleranţă a intensităţi simptomelor, opream injectarea pentru câteva momente până la liniştire. Am continuat injectarea şi am reprodus încă de două ori criza cu restul conţinutului seringei.

După injectare, fenomenele s'au calmat. Bolnava a fost sfătuită să-şi ducă regimul şi tratamentul bismutic, care până atunci nu-i dăduse niciun rezultat. A fost revăzută zilnic. După a II-a şi a III-a zi a observat fecalele mai negricioase decât de obiceiu. Pentru a-i preveni o eventuală sângerare masivă, i-am injectat câte 1 fiolă de sango-stop, două zile consecutiv.

Deasemenea, la nivelul regiunii epigastrice i-am practicat zilnic injecţii intradermice din aceeaşi soluţie de 1/10.000 histamină (Beytout) pentru a-i continua prin reacţia de axon, desensibilizarea mucoasei digestive bolnave.

Bolnava a observat o diminuare foarte apreciabilă a fenomenelor patologice, care după 3-4 zile au dispărut complect.

După 14 zile dela data provocării şocului i s'a practicat o nouă radiografie de către acelaş coleg şi s'a constatat atunci dispariţia completă a nişei duodenale şi o normală funcţionare a regiunii pilorice şi a sfincterului.

Odată cu dispariţia fenomenelor clinice şi radiologice, pacienta a avut şi o simţitoare creştere în greutate (2 kg în 12 zile.

Cu toate acestea, bolnava a cerut să fie şi operată — chiar cu titlu de experienţă convenind să i se facă o gastroenteroanastomoză pentru atenuarea permanentă a acidităţii gastrice. Sub rachianestezie am practicat laparotomia supraombilicală mediană. La explorare am găsit organele etajului superior normale, ca aspect anatomic. La nivelul I-ei porţiuni a duodenului se vedea o uşoară cicatrice **stelată**, pe faţa anterioară. Peretele era însă suplu, neinfiltrat, necongestionat, iar ganglionii din vecinătate normali. Am practicat o gastro-entero-anastomoză trans mezocolică, posterioară, cât mai aproape de antrul piloric. Inchiderea abdomenului s'a făcut în trei straturi fără drenaj, iar vindecarea a urmat perprimam.

După operaţie, starea bolnavei a continuat să fie din ce în ce mai bună, devenind treptat şi repede chiar înfloritoare. Revăzută timp de peste un an şi jumătate, bolnava nu a mai avut nicio criză dureroasă şi nici cea mai vagă redeşteptare a simptomelor sale.

*

In **observaţiunea a doua este** vorba de un pacient în vârstă de 45 de ani, de profesiune contabil, care mi-a fost trimis de un confrate să-l cercetez în vederea operaţiei, — acum 3 luni de zile.

Bolnavul suferea de peste 6 luni de un ulcer situat pe mica curbură a stomacului, ulcer care nu ceda nici după regim şi alcalinizare, nici după 10 injecţii intramusculare cu histidină Laroches.

O radiografie practicată de D-r Temeliescu confirmă diagnosticul de ulcer al micii curburi gastrice, cu oarecare rigiditate a zonei învecinate. Imaginea radiografică a ulcerului, cerută de noi, era identică cu aceea practicată de acelaş emerit radiolog cu două luni înainte, ceeace denota o totală inficacitate a tratamentului şi medicaţiei urmate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inainte de a practica operaţia pentru care venise bolnavul, i-am propus să-i aplic şocul histaminic, ceeace pacientul a acceptat. I-am injectat 1 cm3 din soluţia de 1/10000 de histamină Beytout intravenos, după un prelabil amestec cu 10 centimetri cubi de autosânge.

In timpul injectării, bolnavul a simţit la nivelul obişnuit toate turburările de care suferea, însă cu o intensitate mai mare decât de obiceiu. După injectare, fenomenele au cedat aproape complect, din primele zile.

In a 5-a zi i-am reinjectat încă un cm3 din aceeaşi soluţie şi în aceleaşi condiţiuni. De data aceasta, afară de senzaţia de căldură generàlă, bolnavul nu a mai simţit, la nivelul ulceraţiei, decât o senzaţie de furnicături.

In tot timpul dela prima injecţie intravenoasă de histamină şi până în a zecea zi, s'au injectat bolnavului zilnic câteva picături intradermic, la nivelul epigastrului, din soluţia de histamină 1/10000.

In a 14-a zi, pacientul a făcut o radiografie la acelaş radiolog, care i-a arătat că nişa dela mica curbură era complect dispărută, ca şi celelalte simptome radiologice ale ulcerului. Bolnavul şi-a reluat viaţa normală, evitând alimentaţia care-i putea provoca hiperaciditate, iar operaţia a fost scoasă din discuţie.

Ambele observaţiuni sunt menite să atragă atenţiunea asupra acţiunii histamino-terapiei intravenoase în ulceraţiunile tubului digestiv — şi marele folos terapeutic.

In prima observaţie, chiar dacă admitem gastroenteroanastomoza ca fiind un element de o mare importanţă în menţinerea unei alcalinităţi gastrice convenabile şi a unui repaos al regiunii suferinde, nu putem tăgădui şocul histaminic, cicatrizarea ulcerului controlat radiologic şi operator.

Admiterea originei anafilactice a unora din ulceraţiile digestive începe de abia acum să-şi facă drum; cercetătorii experimentali şi observaţiile clinice — în special ale şcoalei germane şi americane, în frunte cu Porges şi Anderson (S. M. I. 1941 April) admit un rol mult mai important turburărilor anafilactice în patologia digestivă.

La noi în ţară, lucrările distinsului nostru coleg D-r Andrei Cârstea au început să încetăţenească ideea anafilaxiei ca factor patogenic în patologia digestivă şi suntem convinşi că viitorul va lămuri originea anafilactică a multora din afecţiunile stomacului, duodenului, şi intestinului gros şi subţire, ficatului şi pancreasului.

In sprijinul ipotezei că ulceraţiunile gastro-duodenale sunt în majoritatea cazurilor de origine anafilactică vin şi faptele pozitive observate în clinică de Anderson, care a descoperit pe 3412 bolnavi digestivi 522 cu bază alergică, iar în anatomo-patologie (Aschoff) a arătat că nu s'au putut găsi niciodată în jurul unui ulcer alteraţii care să corespundă leziunilor de infarct. Totdeauna leziunile pleacă dela suprafaţa mucoasei în adâncime. Prin această diapare baza tuturor teoriilor legate de turburări circulatorii · embolii vasculare, infarcte, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Heyrowsky, Storck, Konjetzay au arătat că ulcerele sunt precedate şi însoţite de fenomene de gastrită. Mucoasa alterată prin gastrită se necrozează şi dă naştere la zone, pe care aciditatea, pepsina sau infecţiile supraadăogate le pot întreţine. Ce ne împiedecă să vedem gastrita, în afară de cazurile cu etiologie precisă, provocate de o stare anafilactică regională, aşa cum avem atâtea erupţii anafilactice pe tegumente şi mucoase?

Şi apoi se pune întrebarea: de ce unele dintre ulceraţiile gastro-duodenale revin cu preciziune uimitoare la aceeaşi epocă, de ce se vindecă spontan adesea, ca apoi să se redeschidă? Nu sunt acesta repetări de simptome identice cu atâtea manifestări anafilactice, pe care le observăm pe tegumente (eczeme, erupţii eritémo-pruriginoase), sau în alte ţesuturi şi organe, ca: astmul esenţial, migrena, coriza anafilactică, etc?

De asemenea se mai pune întrebarea de ce tratamentele clasice vindecă unele ulcere, iar pe altele nu?

La această din urmă întrebare, extrem de importantă şi de delicată, vom încerca să răspundem într'o viitoare comunicare, privind **studiul general atât al stărilor alergice cât şi al modului de acţiune a histaminei.**

*

In **a doua categorie de observaţiuni** intră cazurile de anafilaxie alimentară, dintre care vom cita numai observaţiunea princeps.

In cazul de care ne ocupăm este vorba de un funcţionar de bancă B. S. de 44 de ani, care ne-a fost adus în stare gravă la Sanatoriul Dia-

conèselor pentru turburări anafilactice, de origine alimentară, în luna Noembrie a acestui an.

Turburările datau de 4 zile şi toate tratamentele încercate de medicii curanţi nu atenuaseră întru nimic cortegiul de simptome. Din trecutul pacientului reţinem numai o cifo-scolioză infantilă care nu-i dă nicio turburare, şi o operaţie practicată de noi cu o lună mai înainte, pentru extirparea pachetului ganglionar ing. drept, bolnavul suferind de maladia lui Nicolas Favre.

Turburările anafilactice i-au apărut la câteva ore după ingestia de carne afumată. Suferinţa a început printr'o durere de cap atroce, însoţită de greaţă şi diaree, febră 40⁰ şi o erupţie pruriginoasă roşie şi edematoasă, localizată mai ales pe faţă, torace şi membrele superioare. Edemul palpebral a devenit aşa de intens, încât bolnavul nu mai poate deschide ochii. Chemozis intens la ambele părţi. Medicaţia cu adrenalină, calciu, hiposulfit de sodă nu a folosit. In faţa eşecului medicaţiei clasice şi în prezenţa turburărilor atât de alarmante, am propus tratamentul prin şoc histaminic. Pacientul a acceptat — şi în aceeaşi şedinţă, în prezenţa a doi distinşi confraţi, i-am injectat 1 cm3 din soluţia 1/10000 de histamină (histo-dimilli). Injecţia am practicat-o intravenos, cu o seringă de 10 cm3, după un preabil amestec al sol, histaminice cu 10 cm3 de sânge aspirat din vena pacientului. Injectarea am făcut-o lent, timp de 5 minute, cu bolnavul în decubitus dorsal.

După primii cm de sânge amestecat cu soluţia de histamină, bolnavul a simţit o senzaţie de căldură în cap, care s'a răspândit în tot corpul. Senzaţia de mâncărime şi arsură a devenit mai vie la nivelul eruptiilor cutanate. După faza de exagerare a simptomelor subiective şi obiective, eritemul şi edemul au început să păleasca, dispărând aproape complect. După câteva zeci de secunde, se reia injectarea lentă. După 2-3 cm3 se repetă fenomenele de căldură generală în corp şi în cap. Reacţia la nivelul eflorescenţei tegumentelor este mai puţin vie şi de mai scurtă durată. Imediat roşeaţa tegumentelor şi edemul feţei dispar — treptat şi repede astfel că bolnavul poate să redeschidă ochii şi înfăţişarea lui devine iar normală.

Restul de substanţă injectată nu a mai dat decât senzaţia de căldură în regiunile interesate. După terminarea injecţiei, bolnavul a rămas câteva minute culcat. Dispneea a dispărut, temperatura a scăzut la normal, iar pulsul la 72. Tensiunea arterială a rămas nemodificată în timpul injecţiei (Mx 12 şi Mn 9).

O stare de bine, mărturisită de bolnav, a luat locul stării de rău şi anxietate, care dura de 4 zile.

Bolnavul a fost revăzut în zilele următoare, cu aceeaşi stare locală şi generală perfectă.

După 3 zile au început uşoare escoriaţii la nivelul tegumentelor orbitare şi braţe, datorite aplicaţiunilor de prişniţe alcoolizate, pe care le făcuse bolnavul în zilele precedente.

S'a recomandat pacientului un regim cu predominanţă de făinoase, zarzavaturi şi fructe şi evitarea pe cât posibil a alimentaţiei bogate în proteine animale.

După un interval de 7-10 zile pacientul redevenise perfect normal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observaţiunea aceasta ne-a pus în evidenţă efectul curativ imediat al histaminei şi în turburări e anafilactice alimentare.

Administrând pe cale intravenoasă 1 cm3 din sol. de 1/10000 — lent injectat — am obţinut aceleaşi fenomene rapide şi complecte ca şi în maladia serică.

*

A treia serie de fapte de observaţie o formează eruptiile eczématoase, maladiile pruriginoase şi algice.

a) Cazurile fiind prea numeroase şi studiul urmărit de peste 4 ani, ţinem a semnala numai generic cele ce urmează.

Dintre **eczemele** pe care le-am tratat cu mult efect prin injectarea intradermică locală a histaminei în sol. 1/10000 au fost: exemele exudative, exemele areolare mamare şi exemele cronice de tip anafilactic.

b) Din grupul **sindromelor pruriginoase** am obţinut rezultate foarte bune şi repezi în: **pruritul ano-vulvar** şi în **pruritul perianel-scrotal.**

Este deosebit de important să atrag atenţiunea asupra faptului că, în toate cazurile în care am întrebuinţat metoda desensibilizării locale cu histamina, se întrebuinţaseră — fără succes — metodele cunoscute, inclusiv radioterapia.

O grijă deosebită trebue pusă în stabilirea unui diagnostic etiologic cât mai precis al afecţiunilor. Astfel în exeme exudative sau cronice trebue excluse cu grijă cele parazitare, toxico-medicamentoase sau prin deficienţă hepatică.

Digitized by Central European University Library, Budapest

In ceeace priveşte **pruritul vulvo-vaginal**, trebue excluse cele datorite paraziţilor, scurgerilor, cu pH vaginal modificat sau cele datorite insuficienţei glandulare, în special ovariene.

In pruritul perianal se vor exclude deasemenea cu grijă cele cu etiologie parazitară locală sau digestivă, precum şi sindromele inflamatorii ale mucoasei ano-rectale, hemoroizii sau polipii.

Tehnica injectării este simplă. Cu o seringă de 1 cm3 şi cu un ac scurt se injectează intradermic câte 1 picătură din soluţia histaminică 1/10000, la distanţe de 2—3 cm., pe toată suprafaţa tegumentelor suferinde.

In momentul injectării se formează o bulă de edem alb.

După 5—10 minute se observă o roşaţă vie în jurul bulelor albe, însoţită de o senzaţie de căldură.

Pruritul dispare în majoritatea cazurlior în primele ore după injecţie. In alte cazuri mai vechi, avem o importanţă diminuare după prima injecţie — şi abia după 2—3 desensibilizări putem avea succes desăvârşit.

In placardele exematoase injectăm deasemeni, în puncte separate de 3—4 cm., chiar în zona suferindă.

Exemele exsudative trec în primele ore printr'o exagerare a fenomenelor locale, după care urmează o diminuare a secreţiei, a roşeţei şi mâncărimii.

In general se poate obţine dispariţia acestor exeme după 3—4 injectări făcute la 2—3 zile interval.

In perioadele de reacţiune recomandăm prişniţele cu liq. Burowi slabă sau sol. acid boric.

c) Cu un deosebit interes am urmărit şi cazurile de algii radiculare ale nervilor şi periferici sau al celulitelor dureroase, în special celor de origine reumatismală.

Printre aceste cazuri se numără şi auto-observaţia privind nevralgia ambilor nervi Arnold şi o celulită cervicală şi suboccipitală, care a fost foarte mult uşurată numai prin injecţii intradermice şi tisulare profunde cu sol. 1/10000 de histamină, după ce niciun alt mijloc nu dăduse rezultate. In cazul nostru şi în multe din cazurile urmărite, 3—4 şedinţe zilnice de înţepături intradermice sunt suficiente.

Deosebit de bune rezultate am obţinut în algiile dorso-lombare reumatizante, în nevralgii intercostale, suboccipitale şi pleurodinii.

Nu am observaţii destul de concludente în nevralgiile sciatice.

Aceste din urmă fapte de observaţie sunt deosebit de interesante căci deschid perspective noi în terapeutica algiilor periferice, care nu cedează la tratamentele obişnuite.

Deasemenea se pune întrebarea dacă în etiologia unora dintre aşa zisele inflamaţii ale nervilor periferici sau vegetativi nu putem identifica reacţiuni alergice ca şi în celelalte ţesuturi.

Este deosebit de important să amintesc un caz de sciatică acută, unde am injectat intravenos 1 miligram de sol. 1/10000 de histamină. In timpul injectării, pacienta nu resimţise decât o senzaţie de căldură obişnuită în corp şi o penibilă senzaţie de răceală dealungul sciaticului bolnav. Senzaţia de „fior de ghiaţă" dispăruse la 5 minute după injecţia de histamină — şi odată cu ea, durerile, fapt care a permis bolnavei mişcările şi mersul mai puţin dureros timp de 3 zile, după care durerile au revenit, însă mult mai slabe. După o nouă injectare de histamină intravenos + injecţii cu „glusal", mersul a devenit posibil. Durerile au scăzut treptat şi repede — ele făcându-se simţite numai în momentul aşezării.

Trebue observat că, în acest din urmă caz inj. cu vitamina B nu dăduse niciun rezultat după 12 zile.

*

Oricât ar părea de bizare şi de disparate faptele şi sindromele în care am practicat şocul histaminic sau desensibilizarea locală histaminică, există totuşi, cred, între ele un element comun, acela al alergiei, asupra căruia voi face în proxima şedinţă o expunere critică amănunţită, precum voi face şi o încercare de a explica mecanismul terapeutic al histaminei.

INFLUENȚA LICHIDULUI SEMINAL ASUPRA FEMEII *)

de

Conf. D-r C. STANCA

Este vorba de acțiunea pe care o exercită lichidul seminal asupra organismului femeesc și îndeosebi asupra sistemului glandular endocrin.

Epiteliul vaginal după cum s'a constatat de către diferiți cercetători, nu este un organ impermeabil; experiența ne arată că el poate fi difuzat cu diferite substanțe chimice, cari vor ajunge de aci în circulația sanghină.

Se naște întrebarea: cum și pe ce cale ajunge lichidul spermatic ca să se resoarbă?

Din cercetările făcute în privința aceasta de **Leopold, Thomson** și **Marschal** asupra animalelor, reiese că deși vaginul permite trecerea diferitelor substanțe, totuși cea mai mare suprafață de resorbție o reprezintă **endometrul, mucoasa tubară** și **peritoneul Douglasului.**

Kohlbrügge și **Rapp** susțin că **fiecare contact sexual normal servește ca o injecție de ser pentru femeie;** primul făcând cercetări minuțioase pe liliac, a găsit modificări considerabile în structura glandelor uterine sub influența spermatozoidului, în sensul unei proliferări.

Observațiunile histologice la șoareci arată, că spermatozonii îngrămădiți prin cutele mucoasei uterine și tubare și pe suprafața peritoneului, încep să dispară după 8 ore, probabil prin autoliză. La om acest proces se face mai lent, spermatozoizii se disociază, se fragmentează; se produce o puternică **leucocytoză care contribue la transportul spermatozoizilor** autolizați luând căile limfatice și sanghine, ajungând **astfel albumina spermică în organismul femeii.** Unele din femei vor fi insensibile față de acest proces biologic, altele însă vor reacționa în diferite feluri, mai mult sau mai puțin intens.

Experiențele făcute de **Metschinkoff,** și alții au arătat că **lichidul spermatic administrat pe cale parenterală, contribuie la formarea unei substanțe toxice care ar fi spermatoxina și care poate produce o diminuare a funcțiunii foliculare ovariene.** Dittler, injectând în vena unei cobăițe spermă de cobai, cobăița nu a mai conceput, iar laboratorul a arătat că **serul animalului astfel tratat, paraliza — în vitro — mișcările spermatoizilor.** Se produce deci o **sterilitate** care dispare însă, în vreo câteva săptămâni, dacă nu se repetă injecția. Sterilitatea aceasta trebuie privită de noi ca un **fenomen de imunitate,** care este întotdeauna izospecifică, deci la femeie nu s'ar putea produce pe cale artificială decât cu spermă umană.

Ginecologi de seamă ,ca **Sellheim, Van de Velde, Geill** și alții confirmă prin observațiuni clinice, părerile și consta-

*) Din „*5 ani de activitate în refugiu*" 1941-1945. București, 1947.

tările de laborator. Sesizat şi eu de aceste rezultate de laborator şi de diverse constatări clinice, mai mult tatonate decât sigure, am supus unor cercetări minuţioase materialul meu ginecologic — atât cel particular cât şi cel spitalicesc, căutând **tipul femeii** care s'ar încadra mai bine în grupul acelor femei, pe cari le găsim sterile, sterilitate, bazată pe imunitate spermică.

Din cele opt cazuri studiate de mine las să urmeze unul care pare a fi cel mai caracteristic am putea zice prototipul categoriei de femei cari aparţin acestui grup biologic.

Este vorba de o doamnă în vârstă de 40 ani, măritată de 18 ani; acuză fenomene de obesitate progresivă; numai în primele 5-6 luni după căsătorie s'a îngrăşat 8 kgr. Menstruaţia, care înainte de căsătorie era normală, foarte regulată, la vre-o câteva luni dela căsătorie, începe să se rărească, întârziind uneori 5-7 luni. A făcut tratamente pentru a putea rămâne gravidă fără rezultat. Din cauza durerilor rheumatice în articulaţia membrelor inferioare şi superioare, face ani de-arândul cure balneare, fără mari ameliorări; stă apoi într'o clinică, unde i se fac tratamente salicylate, deasemeni fără mare rezultat; s-a propus tonsilectomie şi controlul dinţilor. Aceştia au fost reparaţi, amigdalele nu şi le-a scos însă. Presupun o **intoxicaţie spermică** cu tot cortegiul care o caracterizează: obezitate, dureri reumatice, menstruaţii diminuate, alternante cu perioade de amenorhee, şi sterilitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ii propun **abstinenţă, sau contact cu spălături imediate.** Bolnava s'a supus cu toată convingerea acestui tratament, datorită căruia a slăbit progresiv, **menstruaţia revenind lunar şi în cantitate şi durată normală, dispărând şi durerile rheumatice.** După cum scrie în una din scrisorile sale „în timp de un an am slăbit 20 kgr., iar menstruaţia care apărea la 6-7 luni, **în cele din urmă mi s'a aranjat până ce am rămas gravidă"**; a rămas gravidă pe baza teoriei lui **Knaus,** deci i-am permis contact fără prezervativ în zilele: 13-14 şi 15 înainte de menstruaţia ce va urma. **Toate simptomele au dispărut fără nici un tratament medicamentos sau hormonal.**

In cazul acesta s'a putut ajunge printr'o perseverenţă tenace în păstrarea sfaturilor, la normalizarea menstruaţiei, urmată de sarcină, cu o naştere la termen.

Cazul acesta ne face să acceptăm existenţa unei influenţe nocive a lichidului seminal asupra unor persoane, cu alte cuvinte, trebuie să ne gândim la probabilitatea **existenţei a unor incompatibilităţi.**

In cursul celor 15 ani decând urmăresc cu atenţie fenomenele cari caracterizează această maladie, am putut constată, că femeia ce s'ar încadra în acest grup trebuie să prezinte următoarele simptome caracteristice, poate chiar patognomonice:

a) îngrăşare progresivă, incurabilă atâta timp, cât femeia are viaţă sexuală cu acelaş bărbat.

b) scădere progresivă în durata şi cantitatea sângelui

menstrual, care poate să ajungă până la câteva picături pe zi,

c) dureri în articulațiile mici, cu predilecție la degetele mâinilor și picioarelor.

d) modificarea tensiunei arteriale în sensul unei hipertensiuni.

e) nervosism, cu o serie întreagă de fenomene instabile: insomnie, irascibilitate, anxietate, vertige, vâjâieli de urechi, palpitații, oboseală, etc.

f) frigiditate sexuală.

g) hormonul folicular scăzut.

h) **sterilitate.**

Aceste femei vor cutreera cabinetele medicale, eșind dela unul vor intra într'altul, supunându-se tuturor tratamentelor prescrise de medicii specialiști în speranța unei vindecări sau ameliorări. Toate aceste eforturi sunt zadarnice. Ele vor fi tratate pentru reumatism, fără nici un succes, vor merge ani de-arândul la băi, fără să înregistreze ameliorări. Vor fi văzute de neurologi, internești, otorhinolaringologi fără să poată găsi leac.

Este de datoria fiziologilor de-a supune unor cercetări de laborator presumțiile acestea, pentru a putea avea explicația cuvenită a fenomenelor descrise de noi.

In ce privește pe ginecologi și obstetricieni cred că ar trebui să fie atenți asupra acestor date; ar trebui să se gândească la atari tulburări care ar putea să facă ca femeia să beneficieze de un tratament simplu și ușor, scutindu-o de tratamente medicale și hormonale lungi, costisitoare și ineficace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UN NOU TRATAMENT AL SCABIEI

de

STANCA SÂRBU
Medic circ. Merei jud. Buzău

Considerații generale asupra tratamentului scabiei cu alifiile și preparatele vechi și un nou tratament al acestei maladii cu **Neocid.**

Scabia o maladie parazitară și cutanată, cunoscută de toată lumea.

Tratamentul clasic cu alifia lui H., care dealtfel mi-a dat cele mai sigure rezultate.

Sol. Vleminckx, care deasemenea este eficace și diferite preparate, care există în comerț și cu care am avut adesea atâtea insuccese, fie din cauza învechirii preparatelor, fie din cauza aplicării dificile.

Toate aceste preparate au foarte mari defecte și anume;

1. Murdăresc lingeria într'un hal fără egal.
2. Trebuesc făcute mai multe băi şi lingeria se spală greu.
3. Bolnavii exală un miros respingător mai mult timp şi în fine.
4. Sol. Vleminckx şi celelalte preparate cu învechirea îşi pierd eficacitatea, din care cauze am fost mereu în căutarea altor mijloace de tratament. Decurând am ajuns la ideia de a întrebuinţa praful insecticid la tratarea Scabiei şi anume Neocidul, care mi-a dat rezultate strălucite.

Avantajele acestui tratament sunt că nu:

1. murdăreşte lingeria 2. nu necesită băi 3. mirosul nu este displăcut 4. lingeria nu are nevoie de a fi spălată din cauza tratamentului.

Tratamentul se aplică pudrând părţile atinse depăşindu-le puţin.

La fel se pudrează lingeria de casă şi pat, timp de 5—6 zile.

Mă gândesc la tratarea animalelor pe timp de iarnă, unde întrebuinţarea tratamentului obişnuit pe timp de iarnă mai cu seamă la oi era anevoios şi adesea proprietarii mici nu le tratează din cauza greutăţii aplicării — ori cu acest praf aplicarea tratamentului se simplifică şi se poate aplica oricând cu cea mai mare uşurinţă şi deosebit succes.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sanatoriul Dobriţa-Gorj
Medic primar Director: D-r Gh. Vâja

STUDIU ASUPRA CALCIFICĂRILOR INTRATORACICE LA VÂRSTA ŞCOLARITĂŢII

— Curs primar şi secundar —

de
D-r GH. VÂJA
Medic primar

Sub această denumire de calcificări intratoracice se înţelege un proces patologic datorit depozitărei, în cantitate variabilă, a săruri'or de calciu, în pulmoni, ganglionii mediastinali sau pleură (Péhu).

Am restrâns studiul nostru asupra perioadei din viaţă cuprinsă între 7—18 ani, deoarece cu câţiva ani în urmă, înaintea războiului, am făcut radioscopii sistematice pentru depistarea tuberculozei elevilor din şcolile primare şi de curs secundar din Târgovişte precum şi elevilor din liceele militare. Datele culese atunci şi pe cari credeam că le voiu putea amplifica, ceace n'am reuşit din cauza războiului, le voiu face cunoscute în cursul acestui articol.

In istoricul acestei probleme se pot distinge două perioade:

a) Perioada anatomică, anterioară descoperirii razelor X, când calcificările nu puteau fi decât descoperiri de necropsie şi:

b) Perioada de după 1895 când, aceste calcificări putând fi

decelate şi în cursul vieţei, au început să se pună probleme de diagnostic şi pronostic.

Atât descoperirea calcificărilor intratoracice cât şi diagnosticul lor în cursul vieţei este opera numai a radiologiei. Vom descrie prin urmare aspectul lor, precum vom menţiona şi autorii cari s'au ocupat de această problemă până în prezent.

Aspectul este acelaşi atât pe radiografii cât şi la radioscopie, ultima metodă permiţând eliminarea unor cauze de eroare prin posibilitatea de a se examina bolnavul în mai multe poziţii şi de a varia penetraţia, atunci când e nevoie.

Ceeace este absolut specific în diagnosticarea calcificărilor este opacitatea şi conturul imaginilor.

Opacitatea este foarte închisă depăşind deseori opacitatea costală sau cardiacă, dând uneori impresia, dacă forma e adecuată, de corp străin metalic. Natural că opacitatea e mai închisă dacă se proectează pe o zonă deja obscură, umbrele suprapuse adăugându-se.

Conturul lor este perfect net, reprezentând caracterul cel mai important care permite diagnosticul.

Trebue să se ţină seamă însă că aspectul nu mai este chiar atât de net în cazurile, unde procesul nu e încă total ci în curs de calcificare.

Formele sub care se pot prezinta calcificările sânt următoarele:

a) imagini circulare pline, în general de diametru îngust 2—4 mm., foarte opace şi cu, caracterul cel mai important, conturul perfect net, par'c'ar fi trase cu compasul.

b) Imagini cu contur neregulat, dinţat.

Este imaginea cel mai des întâlnită. Afară de formă care diferă, aspectul e acelaş: opacitate foarte densă, omogenă cu conturul perfect net.

c) Imagine muriformă, care e produsă de mai multe, pete mici calcificate foarte apropiate şi situate într'un ţesut probabil fibros. Uneori mai multe imagini de acestea se unesc dând o umbră mai mare.

Astfel R. Debre a descris un aspect coraliform.

d) Imagine în împuşcătură formată dintr'o pleşă a e de puncte negre de dimensiuni mici, ca nişte alice, având caracterele descrise mai sus şi situate în general în plin parenchin pulmonar.

e) Calcificarea incomplectă a nodulilor mai mari şi în special a ganglionilor poate lua aspectul unei semi'une, calcificarea completă dând imaginea unei alune sau migdale.

Aceste imagini se pot găsi oriunde pe întreaga suprafaţă a câmpului pleuropulmonar, începând din regiunea supraclaviculară, şi până în regiunea fundurilor de sac costodiafragmatice când sânt foarte greu de observat mai ales în dreapta; se pot găsi în regiunea hilului sau cea periferică externă, peste tot păstrându-şi aceleaşi caractere.

Pot fi găsite numai câte una sau mai multe diseminate fie pe acelaş pulmon, fie, mai rar, pe ambii. Aceste localizări sânt uneori duble o calcificare găsindu-se în zona parenchimatoasă iar a doua în regiunea hilului sau paratracheală, deci unde se găsesc

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

în mod normal şi ganglionii limfatici. Este dificil ca, în altă regiune, decât cea paratracheală dreaptă să se admită că o calcificare aparţine exclusiv ganglionilor. Această din motivul simplu că peste tot în regiunea hilară se pot găsi şi ganglioni în aceeaşi regiune aflându-se însă şi ţesut parenchimatos.

Dacă însă unei imagini de calcificaţie parenchimatoasă îi corespunde o altă calcificare în regiunea ganglionilor se poate admite, mai ales în copilărie, că reprezintă sechela unui complex primar. In această privinţă, păreriile autorilor sânt împărţite în ceeace priveşte volumul respectiv al celor două leziuni, unii susţinând că şancrul de inoculare e aproape invizibil iar imaginea ganglionilor voluminoasă, pe când alţii susţin contrariul, că partea adenopatiei tracheo bronchice este minimă în producerea semnelor radiologice.

Vom da mai departe localizările, aşa cum le-am găsit noi, după ce vom termina însă această scurtă privire de ansamblu asupra problemei calcificărilor intratoracice.

In ceeace priveşte evoluţia acestor calcificări, cei mai mulţi dintre autori admit că, la cea mai mare parte dintre indivizii purtători de imagini complet calcificate radiografiile practicate câteva luni sau chiar câţiva ani mai târziu, nu arată nicio modificare sau chiar permit să se constate numai o accentuare a opacităţii imaginei (Péhu şi Lambert).

Sânt totuşi autori cari au observat rezorbţii totale sau parţiale (Marfan, Priesel, Beitzke).

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Foarte interesant este cazul lui Binger care a observat la un copil de 8 ani un infiltrat primitiv calcificat, care s'a rezorbit după 2 ani, fiind înlocuit de o plaje clară. In timpul rezorbţiei au apărut baci'i în spută, cari au dispărut din nou după aceia.

Frecvenţa descoperirilor radiologice a calcificărilor intratoracice este foarte variabilă, după vârsta pe care o au indivizii examinaţi şi mediul căruia aparţin, crescând cu vârsta şi părând mai frecventă în statisticile stabilite în mediul spitalicesc.

Astfel Péhu şi Lambert, în mediul spitalicesc la copii între 0—15 ani l'au găsit într'o proporţie de 2.09%.

La adulţi cifrele variază după cercetători: astfel Nolte găseşte 26%, Ickert 58,30%, Garnett Miller 69%. Deşi nu sunt concordante, totuşi aceste cifre arată precis că imaginile de calcificaţii se întâlnesc mult mai frecvent la adulţi decât la copii.

Cercetările noastre în mediul şcolar şi între vârstele 7—18 ani, ne-au dat o proporţie de 5,96% la un total de 3420 elevi examinaţi iar la un to'al de 6000 copii şi adulţi examinaţi în mediul rural am găsit imagini de calcificaţie într'o proporţie de 3,30%.

Cercetările anatomice dau cifre mult mai ridicate însă, unele găsind noduli calcificaţi în 98% din cazurile necropsiate.

Dacă ne referim la simptomatologia lor, în marea majoritate a cazurilor, calcificările intratoracice nu se traduc prin niciun simptom, fiind simple descoperiri radiologice sau de necropsie.

Totuşi Godel a pus pe seama nodulilor calcificaţi, unele algii

toracice de cauză nedeterminată şi cari e au net localizate la nivelul calcificării determinată prin radioscopie.

E o durere vie, uneori persistenţă fixă, alteori survenind prin crize de durată variabilă, puţin sau deloc influenţată de respiraţie. Durerea poate fi şi provocată de presiune la nivelul calcificărilor, presiune exercitată numai pe plan frontal: anterior sau posterior.

Moret-Kahn şi Godet au tratat aceste cazuri prin radioterapie cu rezultate bune, ceeace i-a făcut să le considere ca procese nevritice provocate în ţesut cicatricial.

Deasemenea nodulii calcificaţi pot uneori să se deplaseze dela locul lor trecând în căile aeriene: bronchiole, bronchii etc., ajungând să fie eliminaţi prin expectoraţie.

In trecerea lor pot provoca hemoptizii uneori destul de importante pentru a motiva chiar instituirea unui pneumotorax terapeutic, cum a fost cazul publicat de Jaquerod, unde totuşi hemoptizia nu a încetat decât după eliminarea unui nodul calcificat anfractuos.

Alte simptome prin cari se pot manifesta eliminarea unor asemenea pietre a pulmonului cum le-a denumit Ameuille şi Bordet, sânt următoarele: tuse chintoasă dureroasă, precedată uneori de constricţie retrosternală, nelinişte, simptome cari încetează odată cu expulzarea calculului.

Calcificările intratoracice întâlnite în copilărie sânt totdeauna urmări ale unei leziuni tuberculoase. Sânt totuşi autori, ca Gahwiler şi Pearson, cari admit că şi gripa ar putea da, ca urmare a ei imagini de calcificare, fără a fi putut dovedi acest fapt.

Alţii autori ca Cepulie, Tissot, etc., îşi bazează afirmaţia, că ar exista calcificaţii nespecifice în ganglionii hilari, pe faptul că au găsit în asemenea cazuri reacţia Mântoux negativă chiar cu diluţia 1/50. Acest fapt se poate însă explica şi prin dispariţia bacililor din calcificaţii provocând astfel o anergie dacă era singurul depozit de bacili din organism.

Mecanismul de producere ar fi după Leriche şi Policard următorul: „Toate calcificările intraorganice au aceiaş origine.

Indată ce un teritoriu este privat de celulele sale vii, imediat după moartea celulelor asistăm la o acumulare de materiale calcare, cu condiţia bineînţeles ca acestea să se găsească în mediu".

In leziunile tuberculoase calcificaţia nu înseamnă vindecarea imediată a acelei leziuni. Depozitul calcar este consecinţa necrozei tuberculului, neexistând calcificare fără cazeificare prealabilă.

Cercetările biologice făcute asupra nodulilor calcificaţi au arătat că în aceşti noduli se găsesc încă bacili tuberculoşi vii într'o proporţie apreciabilă, astfel Sergent i-a găsit în 18%, Calmette în 25% iar Piccini în 42% din cazurile examinate.

Din punct de vedere chimic tuberculii calcificaţi se compun din carbonat şi fosfat de calciu plus o cantitate mai mică de colesterină şi acizi graşi.

Durata procesului de calcificare pare să fie foarte variabilă deoarece cercetători ca Ranke, Puhl, Küss au găsit leziuni de primo-

infecţie calcificate într'un interval de 2—11 luni dela apariţia complexului primar.

Zarfl, la Viena, a găsit o calcificare pulmonară chiar la o necropsie făcută unui nou născut de 39 de zile. Trebue însă să specificăm că s'a constatat aceasta la examenul histologic.

Cazurile de calcificări rapide par a fi excepţii deoarece cei mai mulţi autori admit, ca şi Ameuille, că un nodul nu poate fi calcificat înainte de 5 ani, putând însă deveni cretaceu în 3 ani.

In ceeace priveşte importanţa calcificărilor în procesul de vindecare al tuberculozei terţiare, Jaquerod nu crede că ar avea vreo influenţă în vindecarea acestor leziuni, deoarece nu se găsesc decât foarte rar la tuberculoşi vindecaţi găsindu-se însă deseori la cei cronici cu leziuni încă evolutive. „E vorba, spune Jaquerod, de mici tuberculi morţi sau mici focare cazeoase închistate cari, după ce şi-au terminat evoluţia patologică, se încrustează cu săruri calcare. Acest fenomen nu are deci nicio valoare curativă".

Cât despre pronosticul lor, focarele calcificate, fie că ar fi datorite unei prime infecţii sau mici reinfecţii, nu influenţează nici apariţia, nici evoluţia tuberculozei. Nu par să confere pulmonului care le conţine sau ţesutului pulmonar vecin o imunitate capabilă să se opună apariţiei tuberculozei maladie sau să-i modifice evoluţia, deasemenea nu par să fi provocat ftizia.

Diagnosticul diferenţial al imaginilor de calcificaţie se vor face cu:

a) Imaginele vasculare, când vasul e văzut sagital, au un aspect perfect rotund, imagine ce dispare prin schimbarea poziţiei.

Intretăerile de vase pot da imagini asemănătoare calcificaţiilor, diferenţierea făcându-se tot prin schimbarea poziţiei.

Aceste imagini se întâlnesc în regiunea hilului unde vasele au un diametru mai mare.

b) Ganglionii inflamaţi şi măriţi pot da uneori imagini de opacitate foarte pronunţată, cari sânt însă perfect omogene pentru o masă mare, neavând însă contururile perfect nete.

c) Corpii străini se vor diferenţia prin mărirea penetraţiei când corpii metalici devin mai opaci prin opoziţie cu ţesuturile vecine. Tot aci se pot aminti erorile datorite prezenţei lipiodolului injectat de mult şi încă nerezorbit total.

d) La adult, silicoza ar putea simula imagini de calcificare. Nu se poate pune însă problema la copil, mai ales în mediul şcolar unde am făcut cercetările.

e) După sediul lor extratoracic, se vor elimina ganglionii cervicali calcificaţi, cari se pot proecta în câmpul pulmonar, în special în regiunea supraclaviculară.

Deasemenea pentru noduli calcificaţi ai ficatului sau splinei, diagnosticul se va face prin examenul sub diferite incidente.

f) La copil, se va face diagnosticul cu procesele de osificare ale sternului sau coastelor; iar la adult cu calcificarea cartilagiilor costale, prin cercetarea punctelor simetrice şi localizarea lor specifică.

Cu toate acestea ar exista încă un procent oarecare, foarte mic dealtfel, de posibilităţi de erori, după cum arată J. Paraf, care a

găsit în cazuri de uremie şi hemiplegie, imagini cari ar fi putut trece drept calcificări, dar unele la necropsie nu s'a găsit nimic.

Din cercetările noastre am căpătat următoarele date, pe cari le-am sintetizat în tabelul de mai jos:

REGIUNEA		Pulmonul drept	Pulmonul stâng
Supraclaviculară		2	2
Subclaviculară		10	9
Mijlocie		26	22
Supradiafragmatica		26	24
Paracostală	Superioară	4	2
	Mijlocie	9	3
	Inferioară	1	—
Hilară		45	31
Paratracheală		15	—
Paraaortică		—	37
Total		138	130
		268	

După cum am arătat mai sus, din 3420 elevi examinaţi, a prezentat imagini de calcificări pulmonare sau ganglionare un număr de 204 indivizi, deci într'o proporţie de 5,96%.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate calcificările observate se prezentau sub formă de noduli în general de formă neregulată şi de dimensiuni în jurul a 5 mm. diametru. Singure unele din calcificările paratracheale şi paraaortice aveau diametre mai mari şi uneori cu forma de migdală sau semilună.

In 143 de cazuri, calcificările au fost unice, fiind localizate într'una din regiunile arătate în tabel.

In 58 de cazuri localizarea a fost dublă, una din calcificări fiind situată în plin parenchim, iar a doua fie în regiunea hilului, fie în cea paratracheală dreaptă sau paraaortică, deci regiuni unde se găsesc şi ganglionii limfatici.

In trei cazuri, localizările au fost triple.

Nu am găsit niciun caz de localizări multiple.

Calcificările nu au predominat pe niciunul din pulmoni, diferenţa de 8 localizări în plus în câmpul stâng, fiind prea mică pentru a permite vreo concluzie.

Localizările periferice sunt rare, deoarece la un total de 268 calcificări am găsit numai 19 în regiunea paracostală şi 4 în cea supraclaviculară, deci într'o proporţie de 8,60%.

Localizările superioare sunt mult mai rare decât cele din treimea mijlocie şi inferioară, în treimea superioară găsind numai 29 localizări pur parenchimatoase.

Cele 61 cazuri de localizări duble şi triple, de cari am amintit mai sus, ar putea fi considerate ca reprezentând sechele ale complexului primar, aceasta cu atât mai mult că examinarea a fost făcută la o vârstă

tânără şi, că în antecedentele indivizilor examinaţi, nu am găsit nimic, care să ne facă să bănuim evoluţia unei tuberculoze de reinfecţie (terţiară).

Dintre acestea am găsit localizarea parenchimatoasă situată în 1/3 superioară în 13 cazuri, localizarea în 1/3 mijlocie în 27 cazuri, iar în 1/3 inferioară în 21 cazuri, proporţia respectivă fiind deci de 21,30% pentru superioară, 44,26% pentru mijlocie şi 34,44% pentru cele inferioare.

Aceasta este în concordanţă cu cercetările anatomopatologice ale lui Ribadeau Dumas, care a găsit localizările şancrului de inoculare mult mai frecvente în regiunea mijlocie şi inferioară a pulmonilor, spre deosebire de Armand Delille şi Lestoequoy, cari au găsit că aceste leziuni se localizează mai frecvent în lobul superior drept.

La 8 dintre elevii prezentând imagini de calcificări, reacţia la tuberculoză a fost negativă. Cum însă reacţia a fost practicată numai cu o diluţie de 1‰ de tuberculină, nu se poate trage nicio concluzie în această privinţă.

Nu am putut urmări elevii decât 2 ani consecutiv, aşa încât nu ne-am putut da seama care a fost evoluţia în timp a acestor calcificări. Ele au fost observate şi la al doilea examen, la un an interval, la cei ce le prezentaseră la primul examen.

Nu am întâlnit nici un caz de calcificare pleurală şi acesta este motivul pentru care nu am vorbit nimic despre ea fiind cu totul excepţională în copilărie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Travail de la IV-ème Clinique médicale de l'Hôpital Coltea-Bucarest.
Directeur: Prof. B. Theodoresco

L'ORIGINE CORONARIENNE DES MODIFICATIONS ELECTROCARDIOGRAPHIQUES CHEZ LES MITRAUX *)

par

EMIL VICIU

Ch f de travaux à la Fac. de méd. de Bucarest

I -ème partie

Arguments cliniques.

La fibrillation auriculaire et le flutter sont les arythmies les plus fréquentes dans le rétrecissement mitral. Les associations de la fibrillation et du flutter auriculaire avec d'autres signes électrocardiograhiques et cliniques d'insuffisance coronarienne doivent faire suspecter une pathogénie coronarienne de ces troubles.

En se basant sur le fait que l'artère du sinus de K. et F. naît de la coronaire droite, *A. Weber* 22) soutient que l'arythmie sinusale est un symptôme prémonitoire de la sclérose coronarienne.

Le caractère „paroxystique" ou „intermittent" (d'après l'appellatiou

*) Partea I, în Nr. 11-12 | 1947.

de *Woolferth* 23) de ces arythmies, démontre suffisamment le substratum coronarien de leur pathogénie Il y des cas d'angine de poitrine où les crises s'accompagnent de crises de fibrillation auriculaire *(M. Wyba nov* 24) Ces „formes angineuses de fibrillation auriculaire paroxystique" traduisent le substratum pathogénique coronarien.

En clinique on connaît les formes paroxystiques de fibrillation et de flutter auriculaire ou ce stade d'altérations de l'onde auriculaire — stade „préfibrillatoire", qu'a signalé le premier *Langeron* 25) et ensuite *F. Doclos* 26), *C. Ilveiro* 27), *O. Castro* 28). Pour expliquer la pathogénie de ces cas les auteurs rappellent les travaux expérimentaux de Condorelli qui a obtenu une fibrillation auriculaire par ligature de l'artère interauriculaire.

Le substratum coronarien des arythmies complètes est démontré par le fait que ces cas ont présenté une proportion importante de lésions coronariennes. *M. Polanco* 29) en étudiant 242 cas de sclérose coronarienne, a trouvé que l'arythmie la plus fréquemment rencontrée est la fibrillation auriculaire.

Nous avons étudie 34 cas de fibrillation ou de fibrillo-flutter Parmi ceux-ci, 20 présentaient un sous-dénivellement de S—T et des modifications de T dans le sens d'une insuffisance coronarienne. Cette proportion est particulièrement significative, si on considère que, sur les 66 cas avec rythme sinusal, il n'y avait que 8 qui présentaient des modifications analogues de S—T et de T. C'est dans ces derniers cas qu'on rencontre généralement les plus amples P „mitraux". Ces aspects électrocardiographiques plaident également en faveur de la contribution de l'insuffisance coronarienne dans la pathogénie de l'arythmie complète.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Il est certain que les troubles de la nutrition au niveau de l'oreillette sont la principale cause de la fibrillation auriculaire. Mais, dans l'installation de la fibrillation, la dégradation fonctionelle du sinus K. et F. joue elle aussi un rôle important. Cette dégradation est dûe probablement dans une moindre mesure aux troubles de nutrition consécutifs à la dilatation auriculaire car l'orillette droite est intéréssée à un degré moindre. En échange, sur les potentiels électriques auriculaires vont se répercuter directement les conflits variés d'ordre végétatif des mitraux, les troubles dans la circulation coronarienne, la stase veineuse, le réflexe Bainbridge qui fait baisser le tonus vagal, l'hypertension artérielle qui entraîne un réflexe d'augmentation du tonus sympathique; tous ces facteurs produisent un conflit nerveux qui se répercute sur le sinus en donnant naissance à un état de dystonie, ou bien sur les coronaires, en provoquant des troubles vasomoteurs. D'ailleurs, les examens anatomo-pathologiques montrent dans les arythmies complètes des lésions auriculaires variées, dont certaines sont dûes à la dilatation, d'autres aux affections vasculaires, d'autres aux processus inflammatoires (*Keith* et *Miller* 30). Tandis que certains auteurs trouvent des

lésions nettes de la zone sinusale (*Hedinger* [31]), d'autres ne trouvent que des modifications sans importance (*W. Koch* [32]). *Ianisch* [33]) dans un travail de synthèse, conclut que les lésions de la zone sinusale ne sont pas dûes aux processus inflammatoires, mais aux troubles de la nutrition, puisque c'est l'oedème interstitiel qui prédomine, ce qui montre qu'il s'agit d'un processus consécutif à une stase. Comme une série d'autres recherches histo-pathologiques n'ont trouvé aucune lésion, il en résulte que parfois la fibrillation est l'expression d'un trouble de la bio-énergetique cellulaire.

Le but principal de notre travail n'est pas de prouver l'importance des lésions coronariennes dans les arythmies, mais, autant que possible, de montrer l'importance des troubles physio-pathologiques. C'est pourquoi nous citerons, pour la fin, les travaux de *E. Donzelot* [34]) et de *Gallavardin* [35]), qui ont trouvé que les thromboses coronariennes se rencontrent rarement au cours des arythmies complètes. Ceci vient à l'appui de l'opinion que, chez les valvulaires, la responsabilité de ces arythmies n'appartient pas seulement aux lésions coronariennes, mais aussi aux facteurs physiopathologiques.

LA TACHYCARDIE PAROXISTIQUE

La pathogénie coronarienne de la tachycardie paroxystique est aujourd'hui bien établie. Toute une série de faits d'ordre expérimental montrent que les tachycardies paroxystiques peuvent être déclenchées par l'insuffisance coronarienne (*Lewis* [36]), *Robinson* et *Herman* [37]) et de nombreux chercheurs).

Dans certains cas, la symptomatologie clinique fournit également de précieux arguments: on connaît les „formes angineuses" de la tachycardie paroxystique. Il y également une série de cas dans lesquels la tachycardie paroxystique était le seul symptôme prémonitoire d'un infarctus du myocarde (*I. Browne et C. E. Ewans* [38]) *I. Sproull* [39]). Il n'est pas dans notre intention d'exposer tour le materiel expérimental, d'ailleurs extrêmement riche, que prouve la pathogénie coronarienne des arythmies le plus fréquemment rencontrées chez les mitraux et, par conséquent, de la tachycardie paroxystique également.

Nous n'ayons choisi, parmi ce vaste matériel fourni par l'expérimentation, que les faits les plus significatifs pour démontrer la pathogénie coronarienne des arythmies des mitraux. C'est pour cette raison que nous devons mentionner, en premier lieu, les recherches de Th. Lewis, dont la valeur est grande, non seulement pour avoir démontré la pathogénie coronarienne dec tachycardies paroxystiques, mais aussi parce qu'elles ont montré que les tachacardies paroxystiques produites par l'oblitération de la coronaire droite sont bien plus graves, plus fréquemment mortelles, que celles qui sont produites par l'oblitération de la coronaire gauche. Ces résultats expérimentaux sont en concordance avec l'observation clinique, puisqu'on sait que la tachycardie paroxys-

tique s'accompagne chez les mitraux de symptômes graves d'insuffisance cardiaque.

Arguments cliniques.

Hochrein [40]) considère la tachycardie paroxystique comme étant l'expression de l'insuffisance coronarienne. Les causes de cette insuffisance sont très variés, d'ordre local on général (causes nerveuses, hormonales, nutritives, toxi-infectieuses). Cette insuffisance coronarienne s'extériorise au point de vue clinique sous des aspects divers : angine de poitrine classique ou „équivalents" angineux, asthme cardiaque ou tachycardie paroxystique.

La tachycardie paroxystique se rencontre relativement assez souvent chez les mitraux, ainsi que le montrent les statistiques de *R. Aschenbremer* [41]), *G. Verdrani* [42]) et d'autres auteurs ; c'est une arythmie qui s'accompagne d'autres symptômes d'insuffisance cardiaque marquée.

En conclusion, toutes ces modifications ecg. auriculaires ne sont pas des signes pathogéniques d'insuffisance coronarienne dans la zone auriculaire. Il n'en reste pas moins qu'elles sont provoquées aussi par l'insuffisance coronarienne.

B. PHÉNOMÈNES ÉLECTRIQUES VENTRICULAIRES D'ORDRE CORONARIEN

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'allongement de l'intervalle Q—T ne nous arrêtera pas, puisque des données définitives sur son substratum coronarien manquent encore.

Nous nous bornerons à analyser de manière plus détatillée les modifications des ondes Q-T et les dénivellemens du segment S—T.

L'onde Q,

Pour définir la signification de l'onde Q, il faut tenir compte de deux facteurs : la valeur propre de l'onde Q et les rapports de l'onde Q avec les autres ondes. Chez les mitraux, par le fait qu'elle apparaît en même temps qu'une inclinaison de l'axe électrique vers la droite, sa valeur pathognomonique comme signe de l'insuffisance coronarienne est réduite ou même nulle. Quant à la valeur propre, il est certain que l'onde Q_3 se rencontre dans une forte proportion chez les angineux coronariens ; elle serait, pour certains auteurs, le signe le plus fréquemment rencontré. Ce problème a donné naissance à une très riche littérature. Nous pensons que l'état actuel du problème est condensé dans la formule de *I. Chavez* et *L. Mendez* [43]) ; „l'onde $Q_{2\cdot3}$ est un signe commun dans le cadre du syndrome d'insuffisance coronarienne". Expérimentalement, l'obstruction de la coronaire droite entraîne l'apparition d'un Q_3 profond avec S—T sous-dénivelé (Lewis).

Pour juger la valeur pathognomonique de l'onde Q_3, il faut tenir compte, surtout chez les mitraux où l'apport des troubles de la respi-

ration est tellement important, — des modifications respiratoires de l'onde Q_3. On sait que l'onde Q_3 diminue dans l'inspiration d'autant plus que les lésions myocardiques sont moins importantes. Nous avons trouvé l'onde Q présenter dans une proportion de 12% sur les électrocardiogrammes des mitraux. Elle a d'habitude une amplitude modérée qui varie avec les mouvements respiratoires, ce comportement indiquant une déviation de l'axe électrique. Ce comportement de l'onde Q, dans une certaine mesure en discordance avec les autres signes électriques d'insuffisance coronarienne, représente pour nous une indication précieuse du fait que, dans l'origine d'insuffisance coronarienne dex mitraux, la principale part revient au substratum physiopathologique en non pas aux lésions anatomiques des coronaires. En effet, il ressort nettement de tous les travaux publiés jusqu'à ce jour, que l'onde Q coronarienne est l'apange des scléroses coronariennes.

En ce qui concerne le rapport avec les autres ondez chez les mitraux, il présente une plus grande importance, puisqu'il y a une inclinaison de l'axe électrique vers la droite. Aux ondes Q_{1-3} par inclinaison de l'axe électrique coronaire repond une absence de l'onde S (*Hoskin et Ionescu* [44]). Dans les inclinaisons droites de l'axe électrique, Q_2 manque normalement (*Wastesaeger et Schmitz* [45]).

Le sous-dénivellement du segment S-T et les modifications de l'onde T.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Arguments d'ordre experimental.

En ce qui concerne la signification du sous-dénivellement du segment S-T, il ressort dn riche matériel que fournissent l'epérimenta tion et la clinique que l'insuffisance coronarienne joue le rôle principal dans sa production.

Il n'est nullement nécéssaire d'entrer dans les discussions encore en cours, pour décider si les sous-dénivellements du segment S-T sont dûs au ralentissement de la propagation de l'influx (selon Weber), ou au mode de propagation (selon Tchellong). Ces discussions sur le mécanisme du sous-denivellement n'ont pas une grande importance, d'autant plus que, ainsi que Weber lui-même l'a montré, il s'agit toujours en dernière analyse, d'une hypoxie myocardique. Dans le dernier temps de nombreux travaux considèrent le sous-dénivellement du segment S-T comme réprésentant un état particulier de nutrition anoxybiotique, de la fibre myocardique. Cet état représente donc un processus qui a un rôle de compensation, intervient pour compléter l'insuffisance de l'énergie oxydative par l'énergie du processus anoxydatif. Dans un travail traitant de la physiopathologie de l'insuffisance coronarienne nous avons montré que, chez les mitraux, peuvent se trouver réalisées les conditions favorables à une diminution des énergies oxydatives du myocarde. L'angine de poitrine de même que le sous-denivellement

du segment S-T, ainsi que l'a montré *V. L. Wendt* 46) représentant, en dernière analyse, les expréssions d'un bilan déficitaire entre les énergies oxydatives et anoxydatives du myocarde. A l'état normal, les besoins énergetiques du myocarde sont couverts, dans une faible mesure, par le processus anoxybiotique. A l'état pathologique, le processus anoxybiotique est sollicité de fournir un apport énergetique accru.

Arguments d'ordre clinique.

Parmi les travaux cliniques très nombreux, ayant trait aux signer ecg. d'insuffisance coronarienne, nous citerons le travail de *F. Kienle* et *C. Malamani* 47) remarquable par la richesse du matériel et par la manière judicieuse dont ce matériel est analysé. Les sous-dénivellements des segments $S\text{-}T_3$ (et parfois de S_3) apparaissent dans l'insuffisance coronarienne droite et dans l'hypertrophie du ventricule droit.

Il est malaisé, dans la plupart des cas, de discriminer parmi les nombreux facteurs, ceux qui interviennent chez les mitraux dans l'altération du segment S-T. Les conditions dans lesquelles se fait la petite circulation, la grande circulation et la circulation coronarienne même, ainsi que le régime de fonctionnement du myocarde par suite du rétrecissment de l'orifice mitral, — déclanchent toute une série de troubles hémodynamiques et réflexes qui peuvent avoir un retentissement marqué sur la nutrition du myocarde. Il existe des travaux montrant que même l'augmentation du volume systolique entraine un souss dénivellement du segment S-T (*Shwingel* 48), *E. Viciu* 49). A ce facteut s'associent les facteurs toxi-infectieux et les processus de coronarite.

Digitized by Calcutta University Library Cill

Le sous-dénivellement de S-T et de l'onde T apparait, — conformément à la théorie de A. Weber, qui est aujourd'hui la plus généralement admise, — lorsque, par l'action des causes variées, il se produit des altérations myocardiques qui entrainent un retard de conduction de l'influx dans l'un des ventricules. Dans les lésions du ventricule droit il se produit un sous-dénivellement de S-T et un aplatissment ou une négativation de l'onde T dans les derivations 3 et 2.

Le sous-dénivellement du segment S-T 2-3 se rencontra avec une grande fréquence chez les mitraux. Le petit pourcentage des cas présentant des signes électrocardiographiques d'insuffisance coronarienne gauche infirme les opinions de Sternberg, Huchard, Vaquez. D'autre part, conformément aux théories de ces auteurs, il devrait y avoir un rapport entre le sous-denivellement de S-T par insuffisance coronarienne et l'augmentation de volume de l'oreillette gauche. Ce problème n'a d'ailleurs pas été approfondi. Dans les cas de notre statistique nous n'avons pas trouvé de rapport entre le volume de l'oreillette gauche et les signes d'insuffisance coronarienne gauche. Dans un cas où il y avait une dilatation anevrismatique de l'oreiellette gauche, le décalage du segment S-T plaidait en faveur d'une insuffisance coronarienne droite.

Dans le chapitre sur la fibrillation auriculaire, nous avons montré

dans quelle grande proportion des cas de retrécissement et maladie mitrale il existe des signes électriques d'insuffisance coronarienne. Il s'agit presque constamment de signes d'insuffisance coronarienne droite.

Mais c'est la valeur pathogénique du sous-denivellement du segment S-T qui intéresse en premier lieu les cliniciens. Nous n'avons trouvé dans aucun travail une mention spéciale sur le sous-dénivellement du segment S-T chez les mitraux. Par contre, les travaux sont nombreux qui discutent de la signification pronostique du sous-dénivellement du segment S-T en général. Tels sont ceux de *Weber*[5], *Hass et Weber*[51], *Bauke*[52]), *Deindl*[53]), *Kustreich*[54]). Certains de ces travaux ont porté sur les modification du segment S-T dans les cardiopathies dans les quelles prédomine l'atteinte du coeur droit. Tous ces travaux arrivent à la conclusion qu'un sous-dénivellement de S-T a un pronostic en rapport avec le degrè de sous-dénivellement, l'âge, les autres symptômes objectifs de souffrance du coeur, l'association avec d'autres altérations ecg., parmi les quelles l'arythmie compléte et les troubles de conduction. L'étude de nos cas nous a montré que chez les mitraux ce sous-dénivellement a une grande valeur pronostique lorsqu'il est associé à une arythmie complète. Il n'est peut-être pas d'autre cardiopathie dans laquelle les cas avec fibrillation ou flutter auriculaire associée à une décalage marqué du segment S-T aient en général une signification aussi péjorative que chez les mitraux, la survie étant en général courte et ne dépassant pas trois à six mois

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C'est ce qui nous fait appeler ces cas les „formes électrocardiographiques malignes de l'arythmie complète", par analogie avec le „formes cliniques malignes de l'arythmie complète".

Au point de vue clinique on sait que l'apparition d'une fibrillation ou d'un flutter ne modifie pas seulement l'aspect électrocardiographique, mais aussi tout l'évolution de la cardiopathie. Dans ces formes électrocardiographiques malignes l'élément qui apporte la signature de la gravité n'est pas la fibrillation ou le flutter auriculaire, mais le décalage de S-T.

En règle générale, l'association de plusieurs modifications ecg. ou de plusieurs arythmies a un pronostic plus sévère. Nous ne pouvons pas envisager de manière plus détaillée le pronostic des cas avec troubles du rythme associés à l'arythmie complète. Nous avons rappelé ce problème afin d'insister sur la valeur pronostique des altérations du complexe ventriculaire associées à l'arythmie complète. Nos recherches bibliographiques nous ont montré que Vaquez a été le premier auteur qui s'est occupé de la valeur pronostique des associations de l'arythmie complète avec d'autres arythmies. Selon cet auteur il n'y a que les éléments arythmiques qui ont une valeur pronostique et il ne traite pas de la signification que pourrait avoir les altérations des complexes ventriculaires. Il conclut que l'association de l'arythmie

complète à une autre arythmie est favorable si elle provoque un ralentissement de la fréquence ventriculaire et elle est défavorable si elle provoque une accélération du rythme. En d'autres termes, le prognostic dépend de l'intensité de bloc a-v qui se produit, donc de l'étendue du processus lésionnel auriculo-ventriculaire.

Le problème a été repris par Gallavardin. Cet auteur insiste non seulement sur le bloc a-v mais encore sur altérations morphologiques des complexes ventriculaires. D'ailleurs, aujourd'hui encore on apprécie la gravité d'une arythmie en se basant non pas sur la fréquence du rythme, mais sur les altérations de l'onde ventriculaire à aspect de bloc de branche ou de bloc des arborisations.

De nombreuses observations personnelles nous ont cependant convaincu que les sous-denivellements du segment S-T ont une signification prognostique bien plus grave que les altérations morphologiques des complexes QRS. Même si les complexes ventriculaires ne sont nullement altérés, un sous-dénivellement marqué du segment S-T indique un prognostic des plus facheux. Il faut mentionner que ce „sous-dénivellement maligne" est caracterisé par une profonde incurvation négative de S-T, associée à une modification de même sens de l'onde T. Les tracés électriques de la *fig. 3*, montrent des exemples de ces formes malignes*).

Nous avons également remarqué que, dans les maladies mitrales, l'élargissement du complexe QRS se rencontre dans une proportion bien plus réduite que dans les cardiopathies qui entrainent une réaction du ventricule gauche. Cet élargissment ne représente donc pas un facteur valable au point de vue prognostic.

Chez bien des mitraux avec prépondérence électrique droite et dénivellement marqué du segment S-T, avec aplatissement oú même négativation de l'onde T, le complexe ventriculaire n'est pas élargi, ou, en tout cas, il ne l'est pas dans une proportion aussi grande que dans les cas avec prépondèrence ventriculaire gauche.. C'est pourqo il nous semble logique de voir dans ces sous-dénivellements de S-T l'expression plutôt d'une insuffisance coronarienne que la conséquence d'une déviation de l'axe électrique par prépondérance ventriculaire droite, surtout dans les cas où il y a une discordance nette entre les signes peu marqués de l'axe électrique de l'onde ventriculaire rapide et les sous-dénivellements du segments S-T et de l'onde T.

Sur les loo tracés que nous avons examinés, il n'y avait que deux cas avec un élargissment de 0",10 des complexes ventriculaires, le restant des complexes ventriculaires n'atteignant pas cette durée. Il y a un contraste net entre le degré et la grande proportion du décalage des segments S-T d'une part et la durèe normale des complexes la QRS d'autre part.

*) Voir Fig 3. Planche du No. 11-12 | 1947.

Il n'est donc pas dans le but de ce travail d'expliquer ce fait et de décider s'il est dû à la circonstance que, le myocarde du ventricule droit étant plus mince, son hypertrophie, — quelque marquée qu'elle soit, — n'arrive pas à produire un retard accentué de l'influx (dans le sens de la théorie de Weber), ou bien parce que, le ventricule droit étant excité le premier, un rétard de l'influx à son niveau, ne peut entraîner un décalage marqué des deux courbes monophasiques ventriculaires.

En tout cas, ce contraste entre la fréquence des autres signes d'insuffisance coronarienne chez les mitraux et l'élargissement de QRS garde sa signification.

Quelle qu'en soit l'explication pathogénique, la clinique démontre qu'un élargissement des complexes ventriculaires chez les mitraux, quand il se produit, a une signification plus défavorable que ce même élargissement dans les prépondérances ventriculaires gauches.

Les considérations cliniques et électrocardiographiques nous ont amenés à grouper ces cas sous la dénomination de „formes électrot cardiographiques malignes de l'arythmie complète". Elles démontrent l'importance de la circulation coronarienne. Nous citerons comme étant particulièrement significatif le travail de *A. Weber* [55], dans lequel cet auteur, après avoir poursuivi l'étude du sous-dénivellement du segment S-T et de la déformation de l'onde T chez 300 malades, conclut que, dans les cas où il existe une surcharge du ventricule droit, les modifications de S-T et de T indiquent les cas les plus graves.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

L'onde T.

Toutes les modifications possibles de l'onde T se rencontrent chez les mitraux, depuis la diminution d'amplitude jusqu'à l'aspect isoélectrique et la négativation.

Dans la majorité des cas il existe un aspect isoélectrique ou même une négativation de l'onde T en D_3 ou en D_{2-3} ce qui correpond, d'après toutes les recherches, à une insuffisance coronarienne droite *Master* [56]; *Freundlich* [57]), etc.).

On considère la présence d'une onde T_2 ample comme l'indice d'un rétrécissement mitral compensé, tandis qn'un T_{2-3} négatif avec S-T $_{2\ 3}$ sous-dénivellé est l'apanage des cas décompensés.

En ce qui concerne la signification prognostique de l'insuffisance coronarienne droite, il faut rappeler la statistique de Master qui a trouvé la plus grande mortalité (33 %) dans les cas avec T_{2-3} inversé, tandis que dans les cas où seul T_2 était inversé, la mortalité n'était que de 15 %.

La signification pathologique d'une onde T_3 négative, qu'on rencontre dans un pourcentage élevé des cas chez les mitraux, se situe donc sur le premier plan. Les travaux sur la valeur pathologique de T_3 négatif sont très nombreux. Il ressort de leurs conclusions qu'on

possède en ce moment plusieurs criteriums permettant d'apprécier la valeur pathologique de T. D'après *Tanne* 58) et *Zobbe* 59) une onde T_3 négative qui en inspiration profonde devient positive ou isoélectrique, n'a aucune valeur pathologique. Il résulte que, dans les inclinaisons de l'axe électrique, l'onde T a son axe électrique modifié en rapport avec les inclinaisons de l'axe électrique du coeur. Par contre, dans les lésions du myocarde, l'axe électrique de l'onde T ne suit pas l'axe électrique du coeur, mais fait avec celui-ci un angle dirigé vers la partie supérieure du coeur et que ne modifie pas la rotation du coeur pendant l'inspiration. Ce criterium n'a rien d'absolu, comme l'a montré *Hemmersbach* 6), il est néanmoins utile jusqu'à un certain point.

Dans le cas spécial des mitraux, il faut établir quelle est la signification de l'onde T3 dans les cas d'inclinaison de l'axe électrique vers la droite. Il résulte des recherches de *D. Moia* 61) qu'une négativation de T_3 indique, même chez les mitraux, un trouble myocardique

Puisque chez les mitraux il existe une hypertrophie et une dilatation du ventricule droit, il faut tenir compte du décalage du segment S-T et de l'onde T en sens opposé au complexe ventriculaire QRS, comme il arrive dans les déviations de l'axe électrique par prépondérance ventriculaire.

BIBLIOGRAPHIE.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. M. Regnier: Les Journées Belges de cardiologie, Liège 1939. — 2. M. Regnier et L. Lembert: Bull. Soc. belge de cardiologie 1927, pg. 1777.— 3. A. Master: Amer. Heart J. 1937, 13, pg. 330. — 4. P. Dailhen-Geofroy et D. Routier: Presse Médicale 1946, 6. II, pg. 93. — 5. C. J. Rothberger et D. Scherf: Z. exper. Med. 1927, 54, pg. 792. — 6. Condorelli: Min. Med. 1927, 36, pg. 18. — 7. Scherf et Siedek: Z. klin. Med. 1934, 127, pg. 77.— 8. Sherrington: Journ. of Physiol. 1909, XXXVIII, pg. 381. — 9. Roof et Sherrington: Quart. Journ. of exp. Physiol. 1910, III, pg. 209-211. — 40. D. Dominici: Il cesalpino 1917, 1 Sept. — 14. Gallavardin: Arch. Mal. Coeur 1930, pg. 59. — 12. Bret: Lyon Médical 1914, 4 Mars. — 13. Ch. Laubry, J. Walser et L. Deglaude: Arch. Mal. Coeur 1933, pg. 155. — 14. J. J. Walser et L. Deglaude: Arch. Mal. Coeur 1933, pg. 155. — 14. J. Freundlich: Dtsch. Arch. klin. Med. 1937, 179, pg. 622. — 15. Parkinson et D. Bedford: Lancet, 1928, T. 4. — 16. A. Jervell: Acta Med. Sc. 1935, pg. 68. — 17. A. Master et Collab: Am. Heart J. 1937, 13, pg. 330. — 18. O. Langendorff: Pflügers Arch. 61, pg. 291. — 19. E. Fredéricq.: Bull. Ac. Roy. de Belgique 1890, 19, pg. 61. — 20. R. Leriche, L. Hermann et R. Fontaine: Soc. de Biol. Paris 1931, 107, pg. 493. — 21. R. Froment: Les tachycardies paroxystiques ventriculaires. Thèse Lyon 1932, Edit. Masson. — 22. A. Weber: Dtsch. Int. Med. 1925, 36, p. 735. — 23. C. C. Wolferth: Arch. Mal. Coeur 1935, Juin. — 24. M. Wybauv: Presse Méd. 1929, pg. 1344; Bull. Soc. Belge de cardiologie 1939, 6, pg. 275. — 25. Langeron: Arch. Mal. Coeur 1935, Juin. — 26. F. Duclos: Arch. Mal. Coeur 1935, Juin. — 27. C. Olivier: V-e congrès nat. argent. de med. 1934. — 28. O. Castro: Arch. Mal. Coeur 1938, pg. 207. — 29. M. Polanco: Amer. Journ. of the Med. Sci.

1936. — 30. Keith et Miller: Lancet 1906, vol. 2. — 31. Hedinger: Zschr. f. Pathol. 1910, Bd. 5, pg. 296. — 32. W. Koch: Berl. kl. Wochschr. 1940, pg. 1108. — 33. L. Ianisch: Dtesch. Arch. f. kl. Med. 1944, pg. 115. — 34. B. Donzelot: L'infarctus du myocarde: problèmes actuelles de la pathologie médicale, edit. Masson 1931, Paris. — 35. L. Gallavardin: Rev. méd. franç. 1932, 4 Avril. — 36. Th. Lewis: Heart 1909, pg. 43. — 37. Robinson et Hermann: Trans. Assoc. Amer. Physiol. 1920, pg. 155. — 38. I. Daurne et C. E. Ewans: Lancet 1938, pg. 1354. — 39. J. Sproull: Journ. méd. 1933, pg. 1198. — 40. M. Hochrein: Herzkrankheiten 1943, Bd. II, pg. 438, edit. Steinkopf. — 41. R. Aschenbrenner: Verh. Dtsch. Ges. Kreislauff. 1939, 12, pg. 93. — 42. G. Verdrani: Giorn. Clin. Med. 1937, 18, pg. 805. — 43. I. Chavez et L. Mendez: Arch. mal. coeur 1938, 31, pg. 897. — 44. Hoskin et Ionescu: Brit. Heart J. 1939, 2, pg. 33. — 45. Vastesaeger et Schmitz: Soc. Biol. Paris 1936, 122, pg. 81. — 46. V. L. Wendt: Arch. f. Kreislauff. 1941, 8, pg. 74. — 47. F. Kienle et C. Nalamani: Klin. Wchschr. 1939, 4, pg. 121. — 48. Schwingel: Dtsch. med. Wschr. 4937, pg. 434. — 49. E. Viciu: Pressé méd. 1940, 15 Oct. — 50. A. Weber: Dtsch. med. Wschr. 1937, 430, Die Elektrokardiographie 1937, Berlin, pg. 194. — 51. Haas et A. Weber: Z. klin. Med. 1937, 134, pg. 132. — 52. Bauke: Dtsch. med. Wschr. 1936, I, pg. 383. — 53. Deindl: Dtsch. Arch. klin. Med. 1936, 178, pg. 452. — 54. Kunstreich: Z. f. Kreislauff. 1944, pg. 433. — 55. A. Weber: Dtsch. med. Wschr. 1936, 34, pg. 1385. — 56. A. Master: Med. Congr. of. cardiovasc. Disease 1936, 5, pg. 12. — 57. Freundlich: Dtsch. Arch. klin. Med. 1936, 179, pg. 622. — 58. B. Tanne: Polska Gazeta Sekarska 1938, pg. 18. — 59. H. Zothe: Dtsch. Arch. klin. Med. 1939, pg. 184. — 60. Hemmersbach: Z. Kreislauff. 1944, 33, pg. 414. — 61. B. Moia: Rev. argent. Cardiol, 1940, 7, pg. 239.

CC-0. Osmania University Collection. Digitized by eGangotri

UN PAS INAINTE IN COMBATEREA TUBERCULOZEI *)

de

D-r A. SAIM
Secretar General al Ligei Naţionale Contra Tuberculozei

Sectorul Sănătăţii Publice începe să resimtă reformele de bază ale schimbărilor în direcţia unei democraţii populare.

Intre cele două războaie, cam un milion de oameni tineri, majoritatea muncitori şi ţărani, au căzut pradă tuberculozei, aducând pagube mari avuţiei naţionale, jale în numeroase case.

Guvernele burgheze dela cârma ţării, absente la suferinţa marilor mulţimi muncitoare, n'au reuşit să stăvilească mersul extensiv al flagelului. Cel de al doilea război ne-a surprins într'o situaţie haotică. Creşterea continuă a numărului celor infectaţi cu B.K. înmulţirea numărului de bolnavi, invadarea progresivă a regiunilor rurale, absenţa unui plan ştiinţific sau practic de combatere a endemiei în timp ce 2—3 sanatorii luxoase mari se ridicau izolate şi şubrede, caracterizau o situaţie nenorocită a cărui singură şi cinstită calificare nu poate fi decât haotică. Intenţiile bune manifestate timid de unii oameni de ştiinţă erau deviate de o mentalitate lipsită de perspective, dominată de preocupări politicianiste, străine de interesul sănătăţii publice. Ministerul Sănătăţii însuşi era considerat un post de satisfacere a unor ambiţii personale ce nu-şi găseau locul în alte sectoare. Foştii Miniştrii ai Sănătăţii Publice, abandonau lupta antituberculoasă aşa zisei „iniţiative particulare". Sanatoriile Statului complect neglijate sub raportul înzestrării şi încadrării cu personal medical sau administrativ, au fost şi sunt încă locuri de refugiu ale muribunzilor de tuberculoză.

Patru societăţi însumând 1/3 din totalul paturilor destinate izolării şi tratării bolnavilor, erau în fapt monopolul unui singur om. Ele foloseau firma acţiunei antituberculoase intereselor de partid ale unui grup restrâns istoric". Deşi stăpâneau cu ajutorul fondurilor publice sanatoriile cele mai mari din ţară, nici un control medical sau administrativ nu intervenea spre a corecta abuzurile unei con-

*) Conferinţă rostită la Radio în ziua de 12. I. 1948.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

duceri străine de obiectivele unei juste lupte antituberculoase, într'o ţară unde cca. 50.000 oameni tineri erau jertfiţi molimei în fiecare an.

După 23 August 1944, aceste societăţi erau conduse vădit spre dezorganizare totală. Conflictele permanente, savant întreţinute, la personal de conducere, dezinteresarea pentru aprovizionare şi dotare cu cele strict necesare unei bune funcţionări; salariile personalului neplătite cu lunile şi nici odată la zi, investiţiile cerute pentru întreţinere, transformate în prilej de afaceri veroase, toate aceste semne arătau nu numai o scădere treptată a nivelului medical şi administrativ, cu intenţia vădită de a le scoate din uz, dar şi o mentalitate retrogradă, reacţionară şi anacronică, a celor din fruntea instituţiilor.

In această situaţie tristă când sanatoriile erau la un pas de clipa când ar fi devenit toate muritorii, guvernul, prin D-na Ministru Fl. Bagdasar, a intervenit. La 20 August, vechile conduceri ale Soc. Profilaxia Tuberculozei, Soc. Izolarea Tuberculozei şi Soc. Combaterea Tuberculozei la Copii (C.T.C.) ca şi a Ligei Naţionale contra Tuberculozei au fost dizolvate. Patrimoniul lor a fost contopit sub egida unei conduceri noi a Ligei Naţionale contra Tuberculozei. Formată din specialişti unanim recunoscuţi, din oameni verificaţi în lupta pentru asanarea sanitară, actuala conducere este prezidată de D-l Prof. **M. Nasta,** titularul catedrei de ftiziologie, specialist, crescut la cele mai bune şcoli din ţară şi străinătate. Comandantul unic solid, competent şi dinamic, care singur poate asigura o acţiune salutară în acest sector, atât de important pentru sănătatea şi avuţia publică, a fost căpătat prin acest act de bază.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este bine să schiţăm sumar situaţia în momentul preluării conducerii. Cunoaşterea ei va pune în justa lumină realizările din scurtul interval de când activează conducerea democrată de azi.

Sanatoriile Moroeni (Dâmboviţa), Dobriţa (Gorj), cele mai mari şi bine utilate din ţară, sufereau de o gravă criză de conducere medicală şi administrativă. Sanatoriul Marila abia pus în funcţiune, fusese recent închis de oarece ameninţa să se dărâme. Cu închiderea lor, cca. 300 muncitori cu familiile lor erau ameninţaţi să rămână pe drumuri. Un număr de aproape 700 paturi erau să fie scoase din funcţie, adică o zecime din cele existente într'o ţară unde $^3/_4$ din numărul trebuincios trebue abia înfiinţat.

Trecuta conducere incapabilă sau indiferentă să soluţioneze greutăţile locale, privea cu ochi buni închiderea apropiată a celor 2 sanatorii, aşa cum făcuse şi la Marila (jud. Caraş). Pe litoral, la Agigea, bolnavii sufereau de foame, iar conducerea anunţă închiderea sanatoriului. O administraţie coruptă şi ostilă atmosferei de muncă şi refacere ce domneşte în ţară, se complăcea în a face tot ce erau dăunător instituţiei. La Bisericani (jud. Neamţ) din cauza dezinteresării celor răspunzători de o conducere, nici 100 paturi dintr'o capacitate totală de 600 locuri nu erau ocupate. In plină Capitală a ţării, spitalul Zerlendi constituia prin incapacitatea notorie a unui medic-şef şi printr'o incurie administrativă de neînchipuit, o

pildă a ceea ce nu trebue să fie un spital într'o ţară cu minime pretenţii de civilizaţie. Peste tot muncitorimea însumând peste 1.000 suflete, era menţinută în posturi, într'o situaţie de provizorat, nehrănită, pradă contaminării, cu salariile neplătite cu lunile, nici-odată achitate la zi. In schimb se găseau totdeauna fonduri pentru investiţiii oneroase şi achiziţii frauduloase. In posturile medicale nu pătrundeau elementele muncitoare şi competente. Un spirit de castă „liberal" impuneau în posturile de răspundere medicală „oameni de casă" a conducerii. Dacă vom adăuga că nu exista în conducerea acestor instituţii nici un principiu ştiinţific de bază pentru combaterea dirijată a luptei antituberculoase, că un muncitor cinstit dar fără protecţie personală dacă se îmbolnăvea ar fi intrat mai uşor la Academia Română decât la Sanatoriul Agigea sau la Moroeni, vom avea încă o latură a situaţiei dela Liga Naţională contra Tuberculozei şi Societăţile antituberculoase. Totuşi firma instituţiei oferea prilej de a obţine subvenţii copioase dela Ministerul Sănătăţii sau dela Ministerul Finanţelor şi contribuţii dela alte instituţii, alimentate de sudoarea aceloraşi muncitori, ce nu găseau locuri pentru însănătoşire în sanatorii.

Noua conducere instalată în primele zile ale reformei monetare, a avut să facă faţă situaţiei schiţate şi să înceapă opera de asanare în condiţii grele.

Problema urgentă pentru a asigura funcţionarea fără întrerupere a nouă instituţii din Capitală şi provincie, a fost rezolvată cu ajutorul maturităţii de care a dat dovadă muncitorimea grupată în sindicatele respective, cu ajutorul a unui plan chibzuit de muncă la a cărei execuţie au colaborat toţi slujbaşii dela noul preşedinte până la cel mai umil salariat, într'un efort unanim, conştienţi de schimbarea radicală ce avea loc în organizarea luptei antituberculoase din ţara românească.

Înţelegând sensul schimbării, renunţând pentru o perioadă la toate revendicările, muncitorimea manuală şi intelectuală, majoritatea corpului medical şi auxiliar, într'un efort comun au urmat cu o disciplină demnă de relevat străduinţele şi directivele conducerii. După înlăturarea elementelor ostile reacţionare şi conrupte s'a păşit la o muncă de refacere constructivă şi planificată. Pentru prima oară toate sanatoriile au pe rând vizitate de preşedinte, de secretarul general, de membrii comisiei interimare. Lipsurile şi greutăţile locale au fost constatate la faţa locului. Pe loc, cu înţelegere, cu o competenţă ce o aduc cei pregătiţi în materie, s'au luat măsuri de îndreptare şi de organizare locală.

S'au luat măsuri pentru deschiderea a două pavilioane la Filaret. S'a schimbat conducerea medicală şi administrativă a spitalului Zerlendi în Capitală.

S'a lichidat haosul din conducerea sanatoriului; la Moroeni, Dobriţa, Bârnova, Zerlendi, au fost numiţi specialişti reputaţi în competinţă, verificaţi în muncă.

La Iaşi s'a organizat Filiala, s'a procurat utilaj tehnic pentru

dispensarul ce deserveşte populaţia şi învăţământul, s'au dat în colaborare cu Ministerul Sănătăţii, fonduri pentru reclădirea spitalului, pentru spitalizarea bolnavilor s'a înfiinţat un spital pentru TBC. osteo-articulară.

In Oltenia — la Craiova — Leamna, Tg.-Jiu s'au luat măsuri ca armamentul antituberculos să fie reorganizat şi sistematizat aşa fel ca randamentul să crească.

La Braşov, Galaţi, Filialele Ligii contra Tuberculozii au luat fiinţă sub imboldul conducerii centrale.

Acolo unde s'a simţit nevoia s'au promovat elemente medicale, tinere la posturi de răspundere, încadrând sanatoriile (ca la Bisericani) cu specialişti verificaţi.

Cu ajutorul plin de înţelegere al conducătorilor Ministerului Economiei Naţionale şi Ministerul Finanţelor s'a asigurat o bună aprovizionare cu alimente şi combustibil a tuturor sanatoriilor. Treizeci tone (3 vagoane) ulei, două vagoane jumătate zahăr, un vagon jumătate de marmeladă, un vagon carne conservată, un vagon jutate conserve legume, făină, cartofi, mălai, cartofi în cantităţi îndestulătoare până la noua recoltă, au fost trimise la toate sanatoriile Ligei Naţionale contra Tuberculozei, numai pentru bolnavi. Alimente şi îmbrăcăminte raţionalizate au fost procurate separat pentru personalul acestor instituţii. Combustibilul a fost asigurat ca bolnavii să nu sufere de frig.

In strânsă colaborare cu Ministerul Sănătăţii şi Crucea Roşie s'a asigurat bolnavilor noştri 500 raţii zilnice din darul Crucei Roşii Daneze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In prezent ne străduim să rezolvăm problema grea a transporturilor de bolnavi, hrană şi combustibil la Sanatoriile Ligei.

O concepţie greşită străină de cunoaşterea mecanismului de vindecare a boalei, străină de cinstita mânuire a banului public, în baza unei concepţii depăşite de cunoştinţele ştiinţifice, a situa sanatoriile noastre departe de nodurile de comunicaţie, pe drumuri grele aproape inaccesibile unor mijloace de locomoţie comună. Pante, serpentine în munţi, consumă cu regularitate cantităţi imense de benzină, de cauciucuri, uzează vehicule costisitoare pentru cele mai neînsemnate transporturi. Te întrebi ce socoteli au fost făcute când s'a pus temelia acestor aşezămiinte, dacă vreo raţiune a reţinut atenţia celor ce aveau răspunderea iniţiativei. Nu este de mirare că unul din specialiştii noştri care a fost recent într'o inspecţie la Dobriţa, a emis ideia că ar fi mai economic abandonarea sanatoriului, iar bolnavii să fie mutaţi la Poiana-Gorj, în conacul politicianului a cărei ambiţie a plasat sanatoriul pe un munte pleşuv, lipsit de vegetaţie, lipsit de apă şi expus curenţilor.

Am schiţat până aici situaţii anacronice, greutăţi în organizare, obstacole în funcţionarea raţională a sanatoriilor TBC., aparţinând Ligei. In scurtul interval de când Guvernul Groza, a intervenit prin D-na Ministru Fl. Bagdasar, a realizat un pas înainte

pe calea unei bune aşezări a luptei antituberculoase. Este evident că progresele realizate n'ar fi fost posibile fără un plan unitar, fără o colaborare efectivă şi susţinută a factorilor de răspundere din afara şi dinăuntrul instituţiei.

Este de asemenea clar că astfel de operă, rezultat al unor străduinţe colective, spre binele comun al marilor mase ce muncesc, suferă şi cad prea adesea victime tuberculozei, n'ar fi fost posibile fără acel spirit de muncă, de îndreptare şi refacere ce domneşte azi în ţară.

De aceea noi încheem această expunere citând numele celor ce au contribuit efectiv la realizările expuse, dând întregul şi preţiosul sprijin al lor chemărilor noastre.

Pe aceste începuturi se planifică o activitate constructivă eşalonată, în câţiva ani, acţiunea care trebue să elibereze ca şi în alte părţi, populaţia noastră de cea mai cruntă, dar din fericire şi cea mai evitabilă dintre boalele cronice, Tuberculoza.

CAMPANIA PENTRU COMBATEREA TIFOSULUI EXANTEMATIC

Plan de lucru *)

de

D-r V PRODESCU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Incidenţa tifosului exantematic din ultima vreme, masivitatea focarelor de infecţie, parazitarea excesivă a populaţiei, reclamă instituirea unei campanii de luptă împotriva tifosului exantematic.

Iniţiată de Ministerul Sănătăţii şi Uniunea Sindicatelor Sanitare, ea depăşeşte posibilităţile de acţiune a acestor două instituţii şi devine o problemă generală — la rezolvarea ei contribuind toate departamentele, organizaţiile de massă, întreaga colectivitate.

„Bătălia Nr. 1 sanitară" va trebui declanşată pe întreaga ţară şi va fi dusă sub următoarele comandamente: autodeparazitare, muncă voluntară, întrecere în muncă, responsabilitate colectivă — masele populare înţelegând să lupte la stârpirea acestui flagel.

Pentru a se putea lupta cu deplin succes în această campanie s'a constituit:

1. Comisia interdepartamentală de redresare sanitară pentru combaterea tifosului exantematic — compusă din:

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Ministerul Industriei şi Comerţului, Educaţiei, Cooperaţiei, Informaţiilor, Apărării Naţionale, Asigurărilor Sociale şi al Muncii, Finanţe Justiţie — Facultatea de Medicină, Academia de Medicină, Institutele de Igienă — C. F. R., P. T. T., REAZIM, etc.

Această comisie va forma un:

---

*) Din „Spitalul" Nr. 1 | 1948.

2. Birou de lucru — ce va ţine şedinţe săptămânale, format din: Ministerul Sănătăţii, Casa Asigurărilor Sociale, C. F. R., Ministerul de Interne, Ministerul Industriei şi Comerţului, I.N.C.O.P., Confederaţia Generală a Muncii, Uniunea Sindicatelor Sanitare — din cadrul căruia se constitue un secretariat tehnic şi un colectiv de lucru.

Ministerul Sănătăţii a elaborat un plan de lucru care a fost însuşit în şedinţa Comisiei Interministeriale din 29 Ianuarie, aducându-se unele modificări de detaliu:

Planul de muncă — prevede desfăşurarea muncii în patru etape:

a) etapa de lucrări preliminare (stabilirea de legături, adunare de informaţii, aprecierea cadrelor şi materialul necesar).

b) etapa de mobilizare (mobilizarea tuturor cadrelor, transportarea materialului, rechiziţii, etc.).

c) etapa bătăliei propriu zisă (ieşirea pe teren, acţiunea de depistare, deparazitare).

d) etapa inventarierii rezultatelor (exploatarea succesului).

3. In perioada dintre 5 şi 15 Februarie 1948, va avea loc campania de lămurire a masselor populare prin:

Conferinţe în şcoli, cămine.

Predici în biserică.

Articole de presă (Viaţa Sindicală, Vestea satelor, Scânteia, Frontul Plugarilor, Medicina Română, Sănătatea Poporului, etc.).

Afişe, broşuri, gazete de perete.

Propagandă radio (conferinţe, rapoarte, etc.).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4. Se va face rechiziţia mijloacelor de transport pentru a se putea transporta materialele şi oamenii.

5. Se vor mobiliza cooperativele pentru a păstra stocurile de sodă, petrol, săpun, şi a le pune la dispoziţia comandamentelor de sănătate.

6. Se vor emite ordonanţe de comandamentele de sănătate arătându-se obligaţia autodeparazitării şi pedeapsă pentru cei în culpă.

c) Durează o săptămână. 15—22 Februarie.

1. Se duce sub semnul întrecerii între judeţe.

2. Toată lumea pe teren — din Minister, Facultate, Spitale.

3. Se aplică principiul voluntarului.

4. Se stabilesc răspunderi pentru cei din centrală pentru a controla fiecare regiune din ţară, controlul făcându-se de sus în jos până la comună şi sector.

5. Secretariatul tehnic va fi prezent tot timpul, având şedinţe zilnice şi luând măsurile necesare.

6. Munca va fi dusă controlându-se casă cu casă.

— Comisiile de depistare şi deparazitare, deparazitează cazurile nevoiaşe şi dă sfaturi de autodeparazitare pentru cei chiaburi.

— Se denunţă gravitatea bolii.

— Se stimulează la curăţenie.

— Se dau sfaturi pentru pregătirea săpunului, fierful lingeriei, tunderii, petrolizare.

— Se anunţă sancţiunile.

— Se va combate ignoranţa, svonurile.

— Nu se va aplica metodă de comandă, de teroare, ci va fi o adevărată întrecere sărbătorească.

— Se va da o deosebită atenţie şcoalelor.

— Se vor evita aglomeraţiile (nunţi, petreceri, bâlciuri, etc.),

— Se vor închide cârciumile, cafenelele, cinematografele.

— In focarele de infecţie se va da o deosebită atenţie.

— Se va efectua izolarea pentru a se asigura o complectă depistare şi deparazitare.

— Se vor fixa puncte de deparazitare la încrucişări, noduri de drumuri, haltê staţii C. F. R., etc.

7. Echipe de voluntari (sindicate şi partide, organizaţii de masse) vor merge la ţară pentru întărirea în muncă a echipelor locale.

8. Se vor rechiziţiona case pentru izolarea celor bolnavi suspecţi sau contacţi.

9. Se vor rechiziţiona mijloace de transport pentru transportarea bolnavilor la spitale de boli contagioase.

10. In perioada de luptă propriu zisă, — presa, radioul, afişajul — va arăta caracterul sărbătoresc al acestei campanii de deparazitare — iniţiată şi susţinută de guvern.

11. Fiecare seară în această perioadă — notarul va complecta datele formularului tip (cuprinzând activitatea Comisiei de Sănătate) şi-l va comunica la Plasă — Prefectură pentru ca până la orele 22 toate datele pe ţară să fie centralizate la Secretariat, urmând a se lua măsurile necesare de urgenţă.

d) In această ultimă perioadă ce va dura cca. 30 zile, echipele din Comitetetele de Sănătate, vor controla:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— dacă au apărut noui cazuri,

— dacă există persoane parazitate,

— se efectuează controlul,

— se apreciază rezultatele,

— se acordă premiu, distincţie, decoraţii,

— se aplică sancţiuni.

Cazuri anatomo-clinice
Dări de seamă — Note
Da e statistice

CONSIDERAŢIUNI IN LEGĂTURĂ CU UN KIST SOLITAR OSOS AL FEMURULUI CU CINCI FRACTURI CONSECUTIVE

de

D-r ALDEŞIU IOAN – Arad

Afecţiune a oaselor lungi, kistul osos este diagnosticat în majoritatea cazurilor numai cu ocazia unei fracturi care este o consecinţă a kistului.

Ca medic curant al unei familii am observat că fiul lor în etate de 13 ani şchiopătează în mers. Intrebată familia mi-a arătat câteva radiografii în cari am observat prezenţa unui kist osos în regiunea extremităţii superioare a femurului stâng.

După doi ani se produce o fractură la nivelul kistului.

Observaţie clinică. Tânărul B. G. în etate de 15 ani elev de liceu suferă o fractură a femurului stâng, extremitatea superioară în luna Aprilie 1945 în urma unui accident uşor de bicicletă.

A. H. C. Nimic important. Scarlatină şi rujeolă în prima copilărie.

Istoric. La etatea de 9 ani, pe când se juca în cameră supraveghiat de guvernantă, alunecă pe parchet şi sufere prima fractură. Cu această ocazie a fost diagnosticat kistul.

Tratat de specialist, după consolidarea fracturii familia a fost sfătuită să supună copilul intervenţiei chirurgicale.

Au fost consultaţi atunci mai mulţi medici şi părerile au fost împărţite, unii din medici susţinând că kistul se poate vindeca după fractură şi s'a renunţat la intervenţia chirurgicală,

Şase luni mai târziu se produce o fisură la nivelul kistului ca peste alte câteva luni să se producă o nouă fractură, iar la un an din nou o fisură.

Medicul curant a cerut din nou părinţilor ca copilul să fie operat arătând posibilitatea de fracturi repetate şi infirmitatea la care îl expune. Familia a ezitat punând în faţă numai eventualele complicaţii cari

ar putea surveni în urma operaţiei, deşi copilul era îngrijorat şi speriat încât la cea mai mică căzătură refuza să se scoale şi să mai umble până nu se făcea radiografia regiunei pentru a fi convins că nu este fractură.

De câteva ori a trebuit cu multă insistenţă să-i dovedesc că nu a suferit nici-o fractură şi că poate să-şi reia ocupaţiile şi jocul.

Ultima fractură o sufere în luna Aprilie 1945 la etatea de 15 ani, cu impotenţă funcţională totală, dureri destul de accentuate şi uşoară tumefiere.

Radiografia arată o fractură complectă cu pătrunderea fragmentelor. Imobilizat în aparat ghipsat evoluţia este normală şi consolidarea calusului se face în timpul normal.

Starea prezentă. De constituţie înaltă ţesut celulo-grăsos şi muscular normal desvoltat, mucoasele uşor palide, prezintă uşoară tumefiere a ganglionilor cervicali şi supra caviculari cari sunt de mărimea unor alune.

Nimic din partea organelor interne.

Prezintă o şchiopătare accentuată la mers şi acuză oboseli în fiecare seară şi mai ales după marşuri nu prea lungi.

La examenul obiectiv se observă o atrofie o membrului inferior respectiv cu o proeminenţă accentuată sub tegumente la nivelul trohanterului.

Membrul respectiv prezintă o scurtare de 5 cm. coapsa mai subţire cu 4 şi $^1/_2$ cm. şi gamba cu 2 şi $^1/_2$ cm. faţă de celălalt membru.

O deviaţie destul de pronunţată a bazinului scoborâre spre partea bolnavă cu o uşoară scolioză de compensaţie.

O scurtare a distanţei dintre trohanter şi spina iliacă antero superioară, regiune fesieră cu un contur şters. Radiografia ne arată o închidere a unghiului de înclinaţiune fiind aproape un unghi drept, unghiul normal fiind de 125 — 130 grade. Radiografia ne arată prezenţa unui kist de mărimea unui ou mic de găină de formă ovalară la extremitatea superioară a femurului cu contururi nete, transparenţă omogenă, corticala depe faţa externă redusă la o lamă foarte subţire de ţesut osos, cea internă pare mai îngroşată decât normal.

Kistul osos a fost individualizat de Beck şi Miculicz.

Mai târziu Lecene i-a descris aspectele anatomo-clinice.

Maladia pare rară. In literatura Românească sunt destul de puţine cazuri publicate. Dr. Cureleanu în teza sa publică douăsprezece cazuri adunate din spitalele din Bucureşti. Dr. Grama trei cazuri. Dr. A. Popescu-Severin şi N. Pavel un caz. Dr. O. Iliescu un caz. Domnul Profesor Cosăcescu citează două cazuri urmărite cu rezultate bune.

Kistul apare în perioada de creştere între 6—15 ani şi este mai frecvent la băeţi, este unic şi apare în oasele lungi aproape constant în metafiză. Simptomele sunt puţine, uneori lipsesc complect şi fractura este cea care-l descoperă.

Evoluţia este înceată, se desvoltă în toate sensurile, subţi-

ind corticala şi respectă cartilagiul de conjugare care-i opreşte creşterea în acea direcţie.

Fracturile sunt frevente şi apar la simple accidente.

Prin fracturi dese cu penetraţiuni osoase se produce scurtarea membrului cu devieri osoase şi atrofii musculare.

Se citează foarte puţine cazurile unde kistul s'a vindecat după fractură. Originea kistului n'a fost încă lămurită. După unii autori ar avea o origină inflamatorie. După Marcel Fevre kistul ar fi datorit unei ostiomielite cronice atenuate.

Uneóri s'a putut izola şi însămânţa stafilococ sau streptococ din conţinutul kistului. Insă majoritatea kistelor au un conţinut steril şi patogenia acestora rămâne să fie lămurită.

Originea sifilitică susţinută de unii nu pare verosimilă întrucât reacţiile serologice sunt negative, iar tratamentul încercat în unele cazuri n'a vindecat kistul, iar leziunile osoase sifilitice au caractere diferite.

A fost acuzat ca o cauză a acestor kiste şi traumatismul, Leriche susţine rolul hiperemiant şi ostiolitic al traumatismului. La nivelul kistului se produce un factor local distrofiant cu tulburarea metabolismului local Calciu-Fosfor (Cosăcescu).

Diagnosticul se face cu ajutorul radiografiei.

Diagnosticul diferenţial este uneori greu de făcut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Afecţiunile cu cari se pot confunda kistele osoase după profesorul Cosăcescu sunt:

— Osteita fibrokistică localizată, care are o imagine mai puţin omogenă ca a kistului osos.

— Boala lui Recklighausen care atacă mai multe oase cu diformarea oaselor, dureri şi o stare generală rea.

— Chondromul care-şi are sediul la extremităţi sunt multiple au contur neregulat şi consistenţă cartilaginoasă.

— Sarcomul în faza iniţială, dar acesta are o evoluţie rapidă însoţit de dureri vii, alterarea stării generale cu evoluţie cotropitoare.

— Sifilisul are localizări multiple cu hiperostoze, Semnele clinice şi serologice sunt evidente.

— Ostiomielita cronică este însoţită întotdeauna de osteogeneză hipertrofiantă.

— Kistul hidatic; coexistenţa altor kisturi viscerale, eozinofilie şi reacţia Casoni.

— Tuberculoza osoasă cavitară, contur neregulat, dimensiuni mici, prinderea rapidă a articulaţiilor.

Tratamentul este chirurgical şi constă în trepanaţie şi evidarea complectă. Se va respecta la curăţire cartilagiul de creştere. Curăţirea va fi urmată de aplicarea de grefe cari au dat rezultatele cele mai bune.

Am găsit interesant publicarea acestui caz, pentru a-l adăoga la cele existente în literatura Românească.

Deşi prognosticul kistului solitar este bun, cazul nostru pare a fi foarte instructiv, prin faptul că nu a fost operat la timp şi că la nivelul kistului s'a produs un număr de cinci fracturi a produs o scurtare accentuată a membrului însoţită de atrofie accentuată, infirmităţi cari azi nu mai pot fi reparate, iar o evoluţie malignă nu este exclusă.

DATE STATISTICE COMPARATIVE ASUPRA MORTALITĂŢII PRIN TUBERCULOZĂ IN ULTIMII ANI

de

G. BUNGEŢIANU

Deoarece se constată în articole publicate în ultima vreme lipsa de date statistice la zi asupra tuberculozei în alte ţări — date interesante pentru comparaţie cu situaţia dela noi—lipsă de care nu pot fi făcuţi răspunzători autorii ci obstacolele puse în calea informării lor de către evenimentele politice din ultimii ani, am fost îndemnaţi să facem cunoscut colegilor români datele pe care le-am putut culege în Secţia Statistică a Institutului «Forlanini» şi din lucrări publicate asupra acestui subiect. In special am utilizat foarte mult material din lucrarea lui L'Eltore G. şi Caranti E. intitulată «Tuberculozi nel mondo prima a nel corso dell'ultima guerra» *)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vom da în primul rând un tablou de numărul morţilor de tuberculoză pentru 100.000 locuitori aşa cum era în preajma ultimului război; apoi vom arăta modificările pe care acest număr le-a suferit în cursul războiului în unele ţări şi în al treilea rând date referitoare la câteva ţări pentru care nu există statistici decât pentru anii de după război.

Socotim că facem în felul acesta un serviciu cititorilor români punându-le la dispoziţie o situaţie pe cât posibil la zi a epidemiei tuberculoase în lume.

Europa

Mortalitate joasă (sub 100 la 100.000 loc.)

Danemarca	anul	1939	34
Olanda	„	„	41
Germania	„	„	50
Anglia	„	„	62 (Fără Scoţia şi Irlanda)
Luxemburg	„	1937	62

*) Publicată în Annali del'Instituto Forlanini, nr. 1-2, 1947, pg. 35, vol. X.

Belgia	anul	1939	68
Scoţia	„	„	70
Suedia	„	„	75
Italia	„	„	76
Elveţia	„	„	80
Irlanda de Nord	„	„	84
Norvegia	„	„	86
Lituania	„	1937	89

Mortalitate medie (între 100 şi 150 la 100.000 loc.)

Austria	anul	1938	100
Monaco	„	1934	100
Irlanda liberă	„	1939	113
Spania	„	„	122
Letonia (numai mediu urban)	„	1935-37	124
Cehoslovacia	„	1937	124
Grecia	„	„	128
Islanda	„	„	132
Franţa	„	1938	137
Bulgaria (numai mediu urban)	„	1939	138
Ungaria	„	„	138
Portugalia	„	„	148

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mortalitate ridicată (peste 150 la 100.000 loc.)

Polonia	anul	1935-37	154
Rusia	„	?	160*)
Estonia	„	1937	161
România	„	1939	162
Jugoslavia numai tbc. pul)	„	1939	178
Finlanda	„	1937	190
Turcia europeană (numai mediul urban)	„	1935-37	231

Africa

Egipt	anul	1939	52
Ins. Mauriciu	„	1938	81
Africa de Sud	„	1937	90 (socotit numai pt. populaţia de rassă albă coeficientul e 37)
Tripolitania	„	1939	93*)

Algeria, Tunisia şi Maroc: datele sunt extrem de diferite pentru mediul urban şi rural mergând dela 262 în marile oraşe până la sub 30 în mediul rural, ceeace trezeşte bănuiala că înregistrările se fac foarte defectuos în mediul rural.

*) Date nesigure.

America

Mortalitate joasă

Panama	anul	?	29**) (dar pentru Capitală cifra e de 247)
Columbia	„	1939	43**) (dar pentru Bogota mortalitate în acelaş an a fost 150)
Curaçao	„	1937	44**)
U. S. A	„	1939	47
Surinam	„	„	47
Canada	„	„	53
Mexico	„	„	56
Guyana brit.	„	„	63
Guatemala	„	„	64**)
Rep. Dominicană	„	„	65****)
Ecuator	„	„	74 (dar în Capitală 736)
Cuba	„	„	76
Ins. Vergine	„	„	81
Granada	„	„	89*)
Honduras	„	„	89***) (datele se referă numai la Capitală)
Jamaica	„	1938	97

Mortalitate medie

S. Lucia	anul	1939	100
Uruguay	„	„	101
Paraguay	„	„	102 (numai mediul urban)
Argentina	„	1937	103 (dar pentru Boenos Aires: 123)

Mortalitate ridicată

Costarica	anul	1939	172*)
Nicaragua	„	„	185**)
Teranova şi Labrador		1938	198
Haiti	anul	1930	231
Brazilia	„	1934	250**)
Portorico	„	1939	257
Chili	„	„	264
El Salvador	„	„	376 (numai pentru Capitală)
Alaska	„	1936	437
Groenlanda	„	1937	550

Asia

Mortalitate joasă

Palestina	anul	1937	56 (datele privesc numai mediul urban
Ceylon	„	1939	62*****
Siria	„	1938	78 (numai Beyrut)

*) Populaţia fiind f. redusă se observă mari variaţii ale coeficientului dela an la an.

**) Date nesigure.

***) Populaţie puţin numeroasă.

****) De remarcat că 23% din totalul deceselor de toate cauzele sunt fară diagnostic.

*****) 12% din totalul morţilor sunt fără diagnostic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mortalitate medie

Irak	anul	1938	113 (numai Bagdad)
Tailanda	„	—	?

Mortalitate ridicată

Formosa	„	1934	161
Kwang Tung	„	„	192
Burma	„	1939	193 (dar numai pentru Rangoon a fost de 300)
Turcia	„	1934	198 (numai pt. mediul urban)
Japonia	„	1936	207
Indochina franc.	„	1937	247 *)
Java, Coreea, Sumatra, India	„	1938	283 *)
Filipine	„	„	298
China	„	1937	400-500 *)

Oceania

Mortalitate joasă

Australia	„	1937	40
Tasmania	„	1939	53
Hawai	„	1939	67

Mortalitate ridicată

Ins. Samoa americ.	„	1939	206

EVOLUȚIA MORTALITĂȚII PRIN TUBERCULOZĂ
ÎN CURSUL RĂZBOIULUI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cifre relative la 100.000 locuitori

A N U L	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Danemarca			34	35	35	35	34	33	33	
Olanda			41	44	59	61	69	74		
U. S. A.			47	46	44	43	43	41		
Anglia şi Galles			62	68	69	62	62	59		
Belgia			68	69	98	95	81	80*)		
Scoția			70	80	83	80	79	79		
Suedia			75	71	75	68	68	65	59*)	
Italia			76	74	81	102				86
Elveția			80	78	79	83	76			
Irlanda de Nord			84	98	104	96	90			
Norvegia			86	82	80					
Irlanda			113	125	124	147	143	130		
Spania			122	113	126	128	114	113		
Ungaria			138	133	138	158	147			
Bulgaria			138	143						
Franța		143	—	138	158	156	141	121	106	
Portugalia			148	153	160	160	152	144	151	
România			162	177	181	191				
Finlanda	190	187	187	202	187	209	183	184	176*)	
Teranova			191	172	171	158	143			

*) Date nesigure.

Examinând acest tablou putem face trei categorii şi anume: ţări pentru care influenţa războiului s'a manifestat cu o creştere foarte mare a cifrei mortalităţii, relativ la cifra dinaintea războiului; ţări care au suferit o ascensiune moderată a mortalităţii şi ţări care cu tot războiul şi-au continuat evoluţia descrescândă a curbei mortalităţii. Intre aceste categorii un loc aparte îl ocupă Spania care şi-a menţinut mortalitatea în platou neînfluenţată. Acest lucru este explicat pe de o parte de faptul că ea nu a participat direct la conflictul mondial, pe de altă parte de faptul că prezenta deja o mortalitatea ridicată la începutul războiului, fiind ea însăşi după un sângeros război civil. Acest din urmă lucru explică deci—deşi la periferia conflictului—totuşi n'a prezentat creşterea mortalităţii care se întâlneşte la alte ţări neutrale, chiar cu organizaţii sanitare mult superioare. De remarcat că pentru totalitatea ţărilor cuprinse în acest tablou se manifesta înainte de începutul războiului o evoluţie a curbei mortalităţii spre valori descrescânde (cu excepţia Spaniei), chiar şi pentru România, care intrase şi ea în faza de descreştere a epidemiei. (Astfel valorile mortalităţii în anii 1937, 38, 39 au fost respectiv 178, 168, 162).

Dintre ţările care au înregistrat o creştere catastrofală a mortalităţii relativ la cifrele dinaintea războiului, recordul îl deţine Olanda cu o creştere de 80%. Este urmată de Belgia, cu o creştere de 42%. La aceasta din urmă însă a început deja să se manifeste tendinţa de revenire la normal condiţionată de perfecţiunea organizaţiei sale sanitare. E interesant de comparat cu ceeace s'a întâmplat cu aceiaşi ţară în primul război mondial din acest punct de vedere. Atunci s'a înregistrat o creştere de 105% în ultimele luni de război faţă de 1913, dar în schimb scăderea a urmat aproape vertical după încheierea păcii. Dacă în cel de al doilea război mondial creşterea e cea mai mică, descreşterea însă se anunţă şi ea mai înceată (cifra din 1944 e încă mărită cu 17,7% faţă de 1939, ceeace arată că de data aceasta revenirea la condiţiile economice normale după pace se face mai greu. Italia a înregistrat şi ea o creştere de 34% faţă de începutul războiului. In Italia, cum frontul s'a deplasat tăind în două peninsula. dela Sud la Nord, şi maximele mortalităţii s'au înregistrat în aceiaşi ordine. Astfel pentru Italia meridională acest maxim a fost înregistrat în 1943, pentru Italia centrală în 1944, iar pentru Italia septentrională în 1945. Pentru toată ţara se constată o tendinţă de revenire la valorile antebelice, totuşi cifra din 1946, e superioară încă cu 13% faţă de 1939. Şi Irlanda liberă, cu toate că n'a fost beligerantă, dar prin reducerea raţiilor alimentare impuse de dificultăţile de aprovizionare ca şi de prezenţa pe teritoriul ei a numeroase trupe americane, a suferit şi ea

CC-0. Univ. Central University Library Cluj

o creştere a proporţiei morţilor de tuberculoză faţă de numărul populaţiei, care a atins maximum în 1942, fiind cu 31% mai ridicat decât în 1939. Statul Liber Irlanda a avut totdeauna mortalitatea mai mare decât restul Regatului Unit al Marei Britanii şi a resimţit şi efectul războiului mai mult decât aceasta din urmă deşi beligerantă. Lucru datorit probabil şi tuberculizării de mai veche dată a populaţiei în Anglia dar şi funcţionării mai perfecte a armamentului anti tuberculos*).

Partea de nord a Irlandei, care e alipită la Anglia, prezenta chiar şi înainte de război o mortalitate mai mică decât Statul liber Eire (cu circa 26%), deasemenea în timpul războiului a prezentant o creştere mai moderată a ei 24% în 1941 faţă de 1939).

Scoţia, cu mortalitate mai mică şi decât Irlanda de Nord în 1939, a prezentat o creştere cu maximum de 19% în 1941, cu tendinţa apoi de revenire la cifra antebelică. Cu toate că aceste două ultime ţări ca părţi integrante din Regatul Unit, au fost beligerante, prin gradul de civilizaţie mai înaintat şi prin posedarea unei organizaţii sanitare mai defecte, au reuşit să aibă în timpul de pace o mortalitate tuberculoasă mai mică şi în timpul războiului o creştere mai moderată a acesteia faţă de Statul liber Eire, deşi acesta din urmă şi-a menţinut neutralitatea politică.

Datorită aceloraşi motive cât şi bunei raţionalizări a alimentelor, Anglia şi Galles, cu toate că au suportat maximum de efort de război şi maximum de stricăciuni de pe urma bombardamentelor, au prezentat o creştere încă şi mai redusă a mortalităţii, atingând maximum de 11% în 1941, revenind la cifra dinainte de război în 1942 şi 1943, scoborând chiar în 1944 cu 5% sub cifra iniţială. De remarcat că pentru toate ţările care intră în alcătuirea Regatului Unit maximul a fost în anul 1941, care, după cum se ştie, a fost cel mai critic din punct de vedere politico-militar.

Printre ţările cu o creştere moderată a mortalităţii tuberculoase se situează şi Ungaria, care în 1942 prezenta o creştere a acesteia de 15% (doar cu puţin mai mult decât creşterea maximă a Angliei), cu tendinţă de revenire în 1943. Lucrul se datoreşte faptului că, deşi aliata Germaniei, se menţinuse înafara conflictului până în acest an. Lipsesc însă datele pe 1944-1945,

*) După unii încrederea în aparatul medico-social britanic e aşa de mare încât afirmă că nici această creştere n'ar fi avut loc dacă pe teritoriul metropolitan nu s'ar fi îngrămădit o mulţime de refugiaţi din toate naţiunile care au prezentat şi un coeficient de mortalitate mai mare decât media populaţiei engleze (mai ales Polonezii).

ani în care suntem îndreptăţiţi să credem că a crescut mult mortalitatea tbc., având în vedere că în acest timp războiul s'a purtat pe teritoriul naţional maghiar.

Franţa a prezentat o creştere maximă a mortalităţii de 10, 5% faţă de 1939. Punctul maxim a fost atins în 1941. Pentru anii următorii curba mortalităţii şi-a reluat evoluţia descendentă dinainte de război, ajungând chiar la valori mai mici decât în 1938 (cu 26% mai mici!). Cum Franţa a suferit mari variaţii ale numărului de locuitori în aceşti ani (prin mari amputaţii teritoriale apoi redobândirea lor), s'ar putea să fi intervenit cauze de eroare şi în calcularea coeficienţilor mortalităţii.

Pentru Finlanda am considerat drept mortalitate dinainte de război cifrele din 1937, căci ulterior ţara a avut de purtat două războaie (cel sovieto-finlandez din 1938-39 şi cel mondial). Se constată două maxime ale mortalităţii. Unul în 1940 (de 6% şi altul în 1942 (de 10%). Până în 1937. Finlanda deţinea primatul mortalităţii în Europa (excluzând Turcia Europeană). După anul 1942 se manifestă o îmbunătăţire a situaţiei, chiar cu o scădere în 1946 de 7% faţă de 1937 (cu rezerva exactităţii cifrei pe 1946).

Bulgaria a înregistrat o creştere de 7% a mortalităţii tbc. în primul an de război. Lipsesc datele ulterioare.

Şi Elveţia, deşi neutrală, dar înconjurată din toate părţile de state beligerante având deci de făcut faţă la dificultăţi de aprovizionare, a prezentat o creştere uşoară a mortalităţii pe 1942 (de 4% faţă de 1939), pentru ca apoi pe 1943 să înregistreze o scădere de 5% faţă de 1939. Portugalia complet la periferia conflictului, a prezentat doar mici variaţii în curba mortalităţii tbc. care abea dacă pot fi puse în legătură cu situaţia de război (3% faţă de 1939 în anii 1941-42)).

Un număr mic de ţări şi-au continuat evoluţia descendentă a mortalităţii tuberculoase, cu tot conflictul mondial. Astfel Danemarca, care prezenta cea mai mică mortalitate tuberculoasă dintre toate ţările civilizate, şi-a ameliorat încă mai mult această situaţie (cu 3% faţă de 1939). Deasemenea Norvegia în 1941 prezenta o mortalitate cu 7% mai mică decât înainte de război. Rămâne de văzut pentru această ţară evoluţia ulterioară. Statele Unite ale Americei au o moralitate în 1944 cu 13% mai mică decât înainte de război. Deasemenea şi Suedia, cu toată rezerva ce s'ar putea face asupra cifrei ultime din 1945, e totuşi aproape cert că şi-a ameliorat cifra mortalităţii cu aprox. 15-20%, în intervalul 1939-1945. Terranova şi-a continuat curba aproape vertiginoasă în jos a mortalităţii tbc. scăzând cu 28% în interval de 5 ani (1939-1943).

Pentru Africa de Sud se constată o scădere de 57 % a mortalității tbc. la populația albă. Nu am putut găsi însă o cifră relativă la totalitatea populației, așa că nu o putem compara cu cea dinainte de război. Vom trece însă în tabloul final al Statelor la care nu am putut culege date decât după război și datele referitoare la Africa de Sud cu diviziunile după rassele conlocuitoare așa cum sunt date în Napt Bulletin (loc. cit.).

Africa			
Tanganyka	mortalitate la 100.000 loc.	3*)**	(anul 1944)
Statul liber Orange	„ „ „ „	Europeni 3 Colorați 28	(anul 1944—45)
Transvaal	„ „ „ „	Europeni 10 Indigeni 39 Asiatici 83 „Coloured" 194	(anul 1944—45)
Africa de Sud	„ „ „ „	Europeni 16 Indigeni 45 Asiatici 144 Cape coloured***) 209	(anul 1944—45)
America			
Honduras britanic	mortalitate la 100.000 loc.	46	(anul 1944)
Peru	„ „ „ „	79	(anul 1941) (dar în acelaș an pt. Lima 359)
Bolivia	„ „ „ „	154	(anul 1940)
Venezuela	„ „ „ „	233	(anul 1940)
Asia			
Aden	mortalitate la 100.000 loc.	291	(anul 1943
Oceania			
Noua-Zelanda	„ „ „ „	60	(anul 1940)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrarea nu are pretenția originalității — fiind o compilare de date, cu foarte puține interpretări proprii — ci de a fi un instrument care să facă posibilă comparația cu situația din alte țări.

BIBLIOGRAFIE:

1) Mărea majoritate a datelor a fost luată din lucrarea lui G. L'Eltore și E. Caranti: La tuberculosi nel mondo prima e nel corso del ultima guerra — Annali dell'Instituto C. Forlanini, vol. X, 1947, pg. 35. — Conține o bibliografie foarte desvoltată.

2) B. Hendrick-Duchaine; Revue belge de la Tuberculose, Nr. 2, 1947, p. 133.

3) H. Nicholson; British Commonwealth Tuberculosis Problem—Napt Bulletin, Aprilie-Iunie 1947, pg. 54.

*) După raportul medical oficial anual.
**) Date incerte
***) Amestec de Europeni cu Hotentoți.

Spitalul de Stat No. 1 din Craiova

SINDROM DE IPERTENSIUNE INTRACRANIANA DE ORIGINE SIFILITICĂ — VINDECARE PRIN TRATAMENT SPECIFIC

de

D-r P. COPĂCEANU și **D-r ST. BALICA**

Inainte de a expune observația noastră, vom relata, pe scurt, o observație asemănătoare, care, sub același titlu pe care noi îl înprumutăm, a fost comunicată, înaintea războiului acesta, de către Dufour la Societatea medicală a spitalelor din Paris.

Dufour și colaboratorii lui au vorbit despre un bolnav, care avea cefalee, vărsături, turburări ale vederii — vedere dublă, turbure —, stază papilară, hipertensiunea lichidului cefalo-rachidian. L. c. r. arăta: 5 limfocite pe mm. c., albumină un gr., Wassermann pozitiv, în lichidul primitiv și cel încălzit la 56°, benzoe coloidal negativ. In sânge Wassermann pozitiv. S'au făcut bolnavului injecții cu cianur, apoi cu bismuth. Incet, încet s'a vindecat.

Cu această ocazie autorul spune că pentru a vindeca o hypertensiune intra-craniană, este nevoie de o decompresiune prin trepanație craniană pentru a modifica circulația intracerebrală. Astfel face el în sifilisul cerebral și în paralizia generală. In cazul prezent, n'a fost nevoie de trepanație decompresivă. Autorul nu ne vorbește la ce a corespuns, din punct de vedere anatomic, această hipertensiune intracraniană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Relatăm observațiunea noastră pe scurt:

Un bolnav în vârstă de 38 ani, plugar, intră în serviciul nostru la 5 Iunie 1947, pentru dureri mari de cap, cari îl fac să scoată țipete îngrozitoare. Boala a început cu 6 săptămâni în urmă, prin dureri de cap și în regiunea coloanei cervicale. Până acum 6 zile a fost internat într'un spital din județ. Nu s'a ameliorat.

In antecedente: malaria în două rânduri cu mulți ani în urmă; blenoragie și șancru în tinerețe, acum 15 ani. Nu a făcut analiza sângelui și niciun tratament antisifilitic.

Starea prezentă: stare generală bună. Nicio turburare viscerală. Nu varsă. Puls 80 pe minut în poziție așezată. Reflexe rotuliene normale. Ușor nistagmus la privirea laterală. Tensiunea arterială 13/8 Vaquez.

Punctia lombară: lichid ușor xantocromic. Presiunea l. c. r. în poziție culcată, la Claude: inițială 50 c. m., după extragerea a 7,5 cm. rămâne 24. Coeficientul lui Ayala și Balduzzi 3. Reația Wassermann și Witebski în lichid intens pozitivă: +++. In sânge ambele reacții intens pozitive.

Fundul ochiului normal. Examenul clinic și citologic al l. c. r. arată: Pandy pozitiv, albumină 1.42; citologic: 44 elemente pe mmc. (predomină limfocitele).

In răstimp de 20 zile, bolnavul face 8 injecții cu biiodur Hidragir și 4—5 injecții cu neosalutan, începând cu doza 2-a de neosalutan și ajun-

gând la urmă la a 5-a. Ameliorarea survine repede şi progresiv. Bolnavul pierde încet, încet durerile şi buna dispoziţie se instalează. O nouă puncţie lombară arată presiunea la Claude după 22 zile dela internare, 32 în poziţia culcată. R. Wassermann şi Witebski în l. c. r. este acum slab pozitivă; reacţie de graniţă cu o singură cruce, iar Witebski slab pozitiv++ Prin urmare, cam după două săptămâni de tratament, bolnavul se simte aproape sănătos, iar reacţia Wassermann în lichidul cefalo-rachidian şi Witebski arată o îmbunătăţire. Presiunea lichidului a scăzut dela 50 la 32 cm., iar starea generală este aşa de bună că nu mai putea reţine bolnavul în spital. El ne părăseşte şi noi îi recomandăm continuarea tratamentului.

* * *

A fost vorba deci de o ipertensiune intracraniană de origine sifilitică. Reacţiile sângelui în l. c. r. ne-au făcut să bănuim natura sifilitică, iar tratamentul specific cu bune rezultate a confirmat diagnosticul etiologic.

Trei chestiuni se pot discuta în legătură cu această observaţiune şi anume:

1. Prima: dacă reacţia Wassermann pozitiv în sânge sau în lichidul cefalo-rachidian sau în amândouă este suficientă să ne facă să punem — acuma, în faţa unei simptomatologii nervoase; diagnosticul etiologic de sifilis;

2. A doua: la ce leziune anatomică a corespuns, în cazul nostru, sindromul de ipertensiune intracraniană şi:

3. A treia: dacă tratamentul antisifilitic singur este capabil să ne aducă vindecarea sau dacă trebue să-l asociem cu alte metode sau medicaţiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceeace priveşte prima chestiune putem spune următoarele: O reacţie Wassermann pozitivă în l. c. r. nu este numai decât o probă precisă că o manifestare nervoasă este de natură sifilitică, căci în l. c. r. reacţiile de fixare, şi de floculaţie pot fi determinate de substanţă proteinice şi lipidice provenind în mare parte din dezintegrarea parenchimului nervos şi vărsate direct în lichid, aşa cum se întâmplă în unele tumori cerebrale. Idem, o reacţie pozitivă în sânge nu poate arăta natura sifilitică a unei leziuni nervoase. Cele două humori, sânge şi lichid sunt două compartimente separate din punct de vedere biologic.

Pentru a remedia această stare s'a căutat a se practica R. Wassermann în lichid cu o mai mare cantitate de lichid sau după încălzirea la 56^0, ceeace nu este absolut probat.

Dar când reacţiunile sunt pozitive şi în sânge şi în lichidul c. r., atunci avem aproape certitudine de natura sifilitică a leziunii — afară de coincidenţe care practic nu contează. In cazul prezent, paralelismul reacţiunilor în sânge şi lichidul c. r. a fost concludent şi a fost confirmat prin anamneză — şancru în antecedente — şi proba tratamentului.

In ceace priveşte cea de a II-a chestiune: la ce a corespuns anatomiceşte sindromul: a fost vorba de o meningită seroasă, de o meningită sifilitică, sau de o tumoră cerebrală — sifilis cerebral —

respectiv o gomă sifilitică. In ceeace priveşte meningita seroasă care ne dă semne de ipertensiune intracraniană, cu edem papilar uneori şi care poate fi produsă de diferite cauze precum şi de sifilis, ea, desigur nu a fost în cauză în cazul nostru, căci în această meningită nu avem decât o minimă reacţie citologică şi albuminică, care a fost în cazul nostru unde am avut albumină peste un 1 gr. şi 46 elemente citologice pe m.m. c.

Mai greu este însă de precizat dacă a fost vorba de o meningită septică, sifilitică în speţă sau de o gomă cerebrală.

Clinic contra unei meningite ar pleda faptul că nu am constatat semne de contractură, semnul lui Kernig şi celelalte semne, dar aceasta nu este un argument hotărâtor, căci am văzut multe meningite fără contracturi, dovedite numai prin simptome lichidiene. Pentru meningită ar fi faptul că nu am avut semne de focar care de fapt pot exista uneori şi în meningite unde se pot produce hemiplegii, crize jacsoniene etc.

Febra poate lipsi în o meningită sifilitică, dar în favoarea meningitei pledează aci hiperalbuminoza şi mai ales citoza abundentă peste 46 elemente, mai ales limfocite, pe m.m.c.

In contra unei tumori de natură sifilitică pledează faptul că nu am avut semne de focar ceace nu este totuşi un semn hotărîtor, că nu am avut o disociaţie albumino-citologică cum se găseşte des aci. Totuşi, pentru o tumoră sifilitică pledează faptul că coeficientul lui Ayala şi Balduzzi a fost inferior cifrei 9 pe când în meningita seroasă este superior acestei cifre. Idem absenţa febrei este un argument în favoarea tumorii, dar nici aceasta nu e concludent. Deaceea ca şi **Dereux** şi colaboratorii lui, ne-am mărginit în lipsa altor cercetări complimentare care ne-ar fi putut da un ajutor mai mare, să întitulăm boala noastră sindrom de ipertensiune intracraniană fără să mergem mai departe.

A treia chestiune este dacă tratamentul antisifilitic singur este capabil sau nu să vindece singur leziunea sifilitică a sistemului nervos central. Am văzut că **Dereux** în unele sindrome de ipertensiune intracraniană s'a ajutat de trepanaţie craniană decompresivă care modificând circulaţia intra-cerebrală, a permis tratamentului să lucreze şi să vindece. Alteori, s'a asociat tratamentul antisifilitic cu malarioterapie sau alt mod de piretoterapie aşa cum ne semnalează **Drăgănescu** şi **Grigorescu** în cartea lor despre lichidul cefalo-rachidian. Desigur că bolnavul nostru nu a fost complect vindecat. Pentru a afirma aceasta, ar fi trebuit să facem toate examenele de laborator ale sângelui şi mai ales ale lichidului cefalo-rachidian. Totuşi, clinicește bolnavul era vindecat.

In lichidul cefalo-rachidian s'a mai căutat odată presiunea şi s'a făcut reacţia Wassermann, după două săptămâni de tratament. Cifra tensiunii era net scăzută iar R. Wassermann şi Witebschi deveniseră slab positive. Această ultimă constatare, confirmă faptul deja semnalat în tratate, că în cursul tratamentului, reacţia Wassermann este cea dintâi modificată în bine prin tratament.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

Spitalul de Stat Caracal
Secţia Medicală

TOXEMIA GRAVIDICĂ CA FACTOR DECLANSATOR IN CIROZA TIP LAENNEC IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ CLINIC

de

Dr. MIRCEA DABIJA **Dr. IONESCU NICOLAE**
Medici secundari

Vom expune mai jos foaia de observaţie a unei bolnave internate în secţia medicală a spitalului de Stat din Caracal, cu diagnosticul de ciroză atrofică tip Laennec.

Bolnava N. D. în vârstă de 38 de ani, din Caracal este adusă de familie în spital cu: febră, ascită, stare generală rea.

A. h. c.: Mama moartă în urma unei afecţiuni cardiace.

A. p.: Neagă maladiile infecto-contagioase şi venerice.

Acum 6 ani de zile în urma unei crize de apendicită acută este operată, făcându-i-se în acelaş timp şi anexectomie dreaptă. — Cu 8—10 ani înainte i s'au decelat lamblii în bila veziculară în urma tubajului duodenal.—Tabloul hepato-vezicular amendându-se în urma tratamentului aplicat.—In cursul anilor următori, prezentând semne de insufiicienţă ovariană, i se face un tratament cu foliculină. — Menstruată la 14 ani, fluxul menstrual regulat şi nedureros. - Căsătorită la 21 de ani, are trei naşteri normale şi la termen fără nici-o turburare în cursul acestor sarcini.—Copiii trăesc şi sunt sănătoşi. Neagă alcoolismul şi tabagismul.

Istoricul maladiei.—In cursul celei de a 4-a sarcine chiar din primaună bolnava prezintă turburări ca: greţuri, vărsături, pirozis, cefalee. ameţeli, sete mare, inapetentă, constipaţie, urini turbure şi colorate. — Tegumentele rămân normal colorate. Scade mult în greutate.—Din luna a patra apar edeme ale membrelor inferioare.—Bolnava suferă în acelaş timp de insomnie şi nervozitate accentuată.—Sarcina este dusă la termen şi în ziua de 18 Mai, urmează naşterea după un travaliu de 9 ore. — Naşte doi copii de acelaş sex, normal desvoltaţi. — Unul din copii moare la o lună în urma unei infecţiuni gastro-intestinale-acute.—După naştere apare febra, frisoane, stare generală rea.—La 3 zile se face un curetaj terapeutic pentru eventualele resturi placentare, însă nu se găsesc decât mici cheaguri de sânge.—Starea bolnavei neameliorându-se se internează în serviciul chirurgical al spitalului nostru în ziua de 29 Mai.—Aici i se face un nou control instrumental al cavităţii uterine.—Rămâne în acest serviciu timp de 4 zile, în care timp i se administrează tonice cardiace, serfiziologic, sulfamide asociate cu vaccin Delbet. pungă cu ghiaţă. — In ziua de 2 Iunie iese din spital la cererea şi contra sfaturilor medicale.— Pleacă afebrilă, menţinându-se o stare de agitaţie alternată cu perioade de somnolenţă şi astenie pronunţată, anorexie, greţuri, vărsături şi tendinţă frequentă la lipotimii. — Cu câteva zile înainte de internare se instalează brusc ascita.—In ziua de 12 Iunie se internează în secţia me-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dicală cu stare gravă, tegumente palide şi extremităţile cianozate, abdomen mărit de volum, tahicardie, hipotensivă, subfebrilă, astenică şi adinamică şi cu o stare de semi-conştienţă încât bolnava nu-şi aminteşte de cât foarte vag de starea sa.

Starea prezentă.—Bolnava are tegumentele palide, extremităţile cianozate, reci.—Faciesul subt.—Ţesutul celular subcutanat şi muscular slab reprezentat.—Uşoare edeme maleolare, albe, moi, depresibile.

Bolnava zace în decubit dorsal răspunde greu la întrebări şi monosilabic.—Este uşor dispneizantă.

Examen pulmonar.—La examenul pulmonar prezintă submatitate la ambele baze pulmonare, iar la auscultaţie raluri de congestie la acelaş nivel.—Rămâne 3 luni de zile la domiciliu, în care timp neglijează orice tratament.—Revine în spital cu ascita mare, mult slăbită oligurie 300-400 cmc., tendinţa la lipotimii, inapetentă, afebrilă.

Examenul cardio-vascular: Puls mic, slab tachicardic.—Bătăile cordului voalate — Tensiunea arterială cu aparatul Vaquez-Laubry este, maxima 9 $^1/_2$, minima 7.

Examen abdomen: Abdomenul mărit de volum în toate diametrele: cu ombilicul deplasat, evazat pe latul în decubitus corsal, vergeturi în pliurile inghinale, uşoare ectazii venoase periombilicale şi toracice inferioare.—La palpaţie ţesutul celular subcutan al abdomenului uşor infiltrat.—Semnul valului prezent.—Palparea regiunei epigastrice este dureroasă. — La percuţie se găseşte matitate declivă, cu concavitatea în sus, deplasabilă cu poziţia bolnavului.—Lichidul cu tendinţe mari de colectare se reduce prin tratamentul medicamentos chiar din primele săptămâni ceeace permite examenul splinei şi ficatului.—La început matitatea hepatică cu limita superioară normală, depăşeşte în jos rebordul costal cu un lat de deget; dureros spontan şi la palpare, lobul stâng este mărit de volum şi neted.—Chiar după prima săptămână matitatea ficatului se reduce, marginea inferioară a ficatului fugind sub falsele coaste. Splina palpabilă, cu polul inferior depăşind cu două laturi de degete rebordul costal.—Lojiile renale nedureroase.—Limba este uşor saburală, depapilată, tendinţa la constipaţie.—Scaunele sunt normal colorate. — Apetitul mult scăzut, electiv pentru carne şi grăsimi.

Examenul genital: Uterul mobil, fundurile de sac şterse.

Examenul neurologic: Reflexele achiliene şi rotuliene normale. Pupilele egale.—Reflexul de acomodare la lumină şi distanţă păstrat.—Sensibilitate normală.

Temperatura: Bolnava se menţine cu o stare de sub febrilitate până în ziua de 5 Iulie, luând în general aspectul unui lizis.

Pulsul se menţine tachicardic, variind între 85-95-100 bătăi pe minut.

Diureza: variază între 300-700 cmc. cu diuretice din grupul Purinelor, în afară de crizele urinare produse prin diuretice mercuriale când diureza urcă până la 2500 cmc. Urinele sunt de culoare închisă (galben-roşcat), cu densitate urinară din 24 de ore 1015. puroi, zahăr, negative. Albumina urme fine. In sedimentul urinar se găsesc frecvenţe leucocite câte o hematie decolorată la mai multe câmpuri microscopice, rare celule epiteliale descoamate, săruri amorfe de uraţi. — Reacţia Gmelin negativă.

Examenul materiilor fecale: Aspectul scaunelor normale, reacţia Gregersen da urme fine.

Examenul sângelui: Leucocite în număr de 4200/mmc. în ziua de 14 Iunie 1946. In ziua de 16 Iunie 1946 hemoglobina 42 %; globule roşii 2.980.000/mmc. In ziua de 15 August, hemoglobina 45 % globule roşii 2.380.000/mmc. Valoarea globulară 1; Leucocite 2160/mmc.; Bilirubina 0.15 mgr. %; Colesterina 1.15 gr. %. R. Bordet. — Wassermann, Kahn, Saths-Witebsky negative.

Examenul lichidului de ascită: In ziua de 17 Iulie prin punctie abdominală se scot 6200 cmc. de lichid sero-citrin cu Reacţia Rivalta negativ.

Tratamentul: I se administrează per os clorură de calciu, tincturi eupeptice, tinctura ferripomate, laxative, oximel, scilla cu acetat de potasiu, diuretina cu lactat de calciu. Parenteral i se dă calciu injectabil cu vitamina C., extract de ficat 8 injecţii cu Salyrgan. Raze ultra scurte pe ficat 19 şedinţe.

Starea la eşire: Bolnava pleacă în ziua de 15 August 1946, mult ameliorată, ascita redusă şi fără tendinţe de refacere imediată. Apetitul revenit, scaunele normale. Diureza stabilizată la 600 cmc. zilnic, complect afebrilă. Forţă muşculară revenită în parte. Incepe să câştige în greutate. Ficatul cu matitatea mult redusă, cu marginea inferioară nepalpabilă.

Prezentarea acestui caz clinic are o importanţă deosebită prin faptul că, dacă în cunoaşterea clasică etiologia cirozei Laennec, părea bine stabilită, alcoolismul fiind considerat alături de câtev amaladii cronice ca: tuberculoza, sifilis, paludism, drept cauză certa a cirozei atrofice, tip Laennec, studii ulterioare complectează cadrul etiologic cu încriminarea unui factor constituţional (diateza cirogena-Chvostek) şi a unor factori ocazionali declanşatori lucrând prin mecanismul unei—toxicităţi brusce şi masive sau a unor infecţiuni acute, în cazul nostru ni s'a părut că toxicitatea gravidică exagerata—fiind vorba de o sarcină gemelară a servit ca factor pregătitor şi declanşator a unei ciroze atrofice cu apariţie bruscă.

Este vorba de o femeie multipară care în trecut a suportat perfect trei sarcini fără nici o turburare subiectivă sau obiectivă, prezintă la a patra sarcină turburări pronunţate chiar din prima lună, ce merg crescând în intensitate, ajungând în ultimele luni la o veritabilă intoleranţă a sarcinei. Karl Kaufmann care a studiat funcţiunile ficatului prin proba curbei glicemiei provocate, curba bilirubinemiei, curba hiperglicemiei iniţial provocate prin injecţii intravenoase de însulina la femei gravide, găseşte grade variabile de insuficienţă hepatică explicate de el prin munca suplimentară impusă ficatului şi consideră ca normal dacă două din 26 de femei rămâne după 6 luni dela naştere cu rezultatele probelor persistând anormal. Stroebe confirmă faptele de mai sus şi consideră stările de greaţă matinală, constipaţie, ce-

falee, vertij ca rezultate ale unei alteraţii hepatice reversibile. Jokota crede într'o autoliză hepatică mărită sub influenţa hormonilor ovarieni, antehipofizări, placentari şi a sistemului neurovegetativ. Cercetările pe animale ale lui Kahane, Parhon şi Marza ajung la concluzia că glicogenul hepativ scade în cursul gestaţiei.

Noi, putem crede că în cazul nostru cortegiul de simptome prezentate în cursul sarcinei a exprimat o suferinţă a ficatului care a mers crescând spre sfârşitul sarcinei culminând cu stările de insomnie, perioade de agitaţie, inapetenţa, scădere mare în greutate, toate traducând un grad de insuficienţă hepatică cu mers progresiv şi explicate bine în cazul nostru printr'o sarcină gemelară. Nu s'ar putea încrimina în cazul de faţă aceste turburări ca rezultat al unei labilităţi neuro-vegetative banale, cele trei sarcini anterioare fiind lipsite complect de simptomatologia de mai sus, iar deficienţa renală să fie scoasă din cauză de examenul şi analizele făcute la intrare garantându-ne o funcţie renală normală. Credem că edemul maleolar pe care bolnava l-a prezentat în cursul sarcinei, este explicat prin factorul mecanic, bolnava prezentând o sarcină gemelară, compresiunea pe venele mari întra abdominale a fost pronunţată şi deci circulaţia de reîntoarcere îngreunată.

L. Ramond interpretează acest edem ca datorit unei stări de insuficienţă hepatică, edem discrazic). Credem că decelarea unei lambliaze veziculare cu 8—10 ani în urmă păstrează un rol minor în pregătirea «hepatismului latent», dat fiind ca în urma tratamentului urmat la acea dată nu a mai avut de suferit, cel puţin subiectiv în partea veziculei biliare. Rămâne să dăm o importanţă mai mare accidentului genital care a necesitat manopera de curetaj, probabil de cauza infecţioasă ceeace explică febra, frizonul, şi alterarea unei stări generale în prealabil compromisă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Dumitrescu-Mante crede că infecţiuni acute ca: Pneumonie, gripă, reumatism pot să intervie ca factor declanşator în ciroza atrofică la un individ cu tara hepatică mai mult sau mai puţin manifestă. Probabil în cazul nostru episodul genital infecţios să fi fost o cauză de nocivitate adăogată toxemiei gravidice grăbind prin aceasta apariţia sindromului acut cirogen. Scaglioni studiază două cazuri în care etiologia gravidică a cirozelor pare demonstrată: O femee de 25 ani atinsă de ciroză Laennec şi alta de 38 de ani cu antecendenţe personale şi ereditare bacilare cu ciroză hipertrofică icterigenă ascitogenă, şi explică rolul gestaţiei ca lucrând pe cale toxică şi pe cale mecanică prin comprimarea ficatului.

In rezumat, în cazul nostru este vorba de o femeie în alecărei antecedente nu am putut descoperi nici una din cauzele co-

mune în etiologia cirozei Laennec. Credem că în cazul de faţă diateza cirogenă explică în oarecare măsură predispoziţia terenului pentru această maladie, bolnava având turburări de disfuncţie ovariană şi în plus distanţa între ultima sarcină şi penultima fiind de lungă durată. Pilozitatea axilo-pubiană în cazul nostru este mediocru reprezentată, fiind şi aici probabil vorba de un hipo-tireo-ovarism. Trebue să admitem ca factori principali în provocarea acestui caz de ascită Laennec toxicitatea gravidică, fiind vorba de o femeie care a purtat anterior trei sarcini normale şi lipsite complect de orice turburare subiectivă şi care la a patra naştere, de data aceasta gemelară, prezintă chiar dela început turburări subiective, obiective şi care merg progresiv accentuându-se cu maturitatea sarcinei.

In concluzie:

1. — Toxemia gravidică poate constitue un factor de declanşare a cirozei atrofice tip Laennec.

2. — Toxicitatea gravidică trebue să prezinte o intensitate mare (sarcină multiplă) şi mai ales un teren pregătit (Diateza cirogena Chvostek).

Bibliografie:

1. Haţieganu-Goia; Tratat elementar de semiologie şi clinica medicală,—Volumul II.

2. Dumitrescu-Mante; Clinica terapeutică medicală vol. II. 1945.

3. Carl Kaufmann; Uber die Schwangerschaftsumstellung der Leber funktion. Klinische Wochenschift, Tome XI nr. 12 Mars 1932.

4. L. Stroebe: Latente Hepatothie nach Schwangerschaftstoxikose Klin. Woch. tome XII nr 12, 19 Mars 1932.

5. T. Yokota; Experimental investigation ofthe hepatic function in pregnan cy III Autolisis of liver IV on erepsin of liver V. Influences of kovarian hormone anterior pituitary lobe hormone, placental extract, urine of pregnant woman and vegetative nerve upen the hepatic autolisis Japanese Journal of obstetries and Gynecologiy tome XVI nr. I fevrier 1933

6. K. Lehman; Investigations into the appliability of some hepatic functional tests impregnant women and Maternity patients. Acta obstetrică et Gynecologica Scandinavica vol. XIV, fascicola III, 1934.

7. Les fonctions hepatiques au cours de la puerperalité. Concentration galactosurique Cong. VI.

8. M. Kahane: Influence de la gravidité sur la teneur du foie en glycogene. Comptes rendus des seances de la Société de Biologie, tome C. nr. II,I Avril. 1929 pag. 926.

9. L. Kraul: Lebercirrohse und Schwagersschaft. Zent. fur. Cyn. nr. 17 1927 pag. 663.

10. Contribution à l'étude du foie pendant la grossesse; Henry Walter et Jean de Wiliencourt· Gynecologie et Obstetrique, tome 18 nr. 2 1928 pag. 128.

11. L. Ramond: Conferences de clinique médicale pratique vol. IV. 1924.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spit. Brâncovenesc din București — Dir. VIII-a, Maternitate și Ginecologie — Medic primar: D-r Gr. Lăzărescu.

SEPTICEMIE GONOCOCICĂ PUERPERALĂ CU ANGINA PREMONITORIE

de

D-r ST FOTIN, D-r TH. THEODOREANU, D-r N. VINTILESCU și D-r A. CRISTEA

Gonococia — ca afecțiune locală — este foarte des întâlnită. Generalizarea ei sangvină însă este mai puțin frecventă. Primul caz de septicemie gonococică a fost publicat de I. Hallé în 1879, iar prima lucrare de ansamblu este reprezentată de teza lui Faure—Beaulieu în 1906; numărul cazurilor de septicemie gonococică semnalate, după Löscher, reprezintă aproximativ 5% din totalul septicemiilor medico-chirurgicale.

Poarta de intrare uretrală sau metro-anexială nu este totdeauna recunoscută de bolnavi. Deseori trece neobservată, microbul fiind tolerat de organism ca un adevărat saprofit, până când împrejurări debilitante pentru organism îi redeșteaptă virulența. O stare de alergie, o ușoară infecție supra-adăugată, excese alcoolice sau veneriene pot favoriza trecerea gonocociei dintr'o stare latentă într'o fază acută și să favorizeze astfel septicemia. Se incriminează încă sarcina (Doleris), uneori avortul (Reilly), în care cazuri se adaugă în special traumatismele și modificările locale, cari chiar dacă nu favorizează o apreciabilă recrudescență a infecțiunii locale, deschide barierele, ușurând invazia sangvină, pe care un organism debilitat nu o poate stăvili. In felul acesta se constituesc septicemiile gonococice puerperale.

Cu privire la frecvență, septicemiile gonococice puerperale în cadrul mai larg al septicemiilor post-partum, Chomé dă următoarea statistică (1925): pe 100 de cazuri, hemocultura a fost pozitivă în 32 de cazuri. S'a găsit: streptococ în 22 cazuri (68,75% din cazurile pozitive), stafilococ în 4 cazuri (12,5%), enterococ în 3 cazuri (9,37%), gonococ în 1 caz (3,12%), perfringens în 1 caz (3,17%).

Tot Chomé dă și o statistică publicată în 1918 de către Potocki și Frisch, pe 196 cazuri. In această statistică hemocultura a fost pozitivă în 46,4% din cazuri. S'a găsit: streptococ în 54% (din cazurile pozitive), stafilococ în 10%, gonococ în 7%, bacili din grupul coli 3%.

După cum se vede din aceste două statistici, în prima cu 3,12%, iar în a doua cu 7%, septicemia puerperală cu gonococ ocupă într'o statistică ultimul loc, iar în cealaltă locul al treilea, la o mare diferență de cele streptococice și stafilococice.

In afară de un caz de septicemie gonococică post partum, publicat de Marta Rainer (în 1930), în literatura din ultima vreme, pe care am putut-o cerceta nu am mai găsit semnalate

cazuri de septicemie gonococică.*) Probabil că introducerea în terapeutică a sulfamidelor şi a penicilinei şi întrebuinţarea lor pe o scară tot mai largă a condus la înlăturarea dela început a infecţiei locale, a porţii de intrare.

Prezentându-se un astfel de caz în Serv. Maternităţei din Spitalul Brâncovenesc, ni s'a părut interesant de a-l înfăţişa atât prin raritatea sa cât şi prin particularităţile pe care le vom discuta mai departe. Redăm pe scurt foaia de observaţie:

Bolnava C. E. de 22 ani, funcţionară, vine în spital pentru dureri de facere. Din istoric aflăm că ultima menstruaţie a fost la 27 Martie 1946. In timpul sarcinei nu a avut să se plângă de niciun fel de turburare. Primele mişcări fetale apar la 2 August 1946, iar primele dureri încep în seara de 8 Dec. 1946, iar în dimineaţa de 9 Dec. se internează în serviciul nostru. Bolnava afirmă că înainte de internare cu vreo 7 zile a avut o stare febrilă, cu dureri de deglutiţie. Chiar la internare mai prezintă încă o stare subfebrilă.

Antec. H. C.: tatăl bolnav de tuberculoză pulmonară.

Antec. pers.: fiziologice: menstruată la 12 ani, regulate, nedureroase, abundente durata 4—5 zile. I-gestă, I-pară; patologice: scarlatină, rujeolă, angină difterică.

Starea prezentă: gravidă de talie înaltă, constituţie atletică, cu mucoase şi tegumente palide. Ţesut celulo-adipos bine desvoltat; sistem osos integru. Ap. respirator şi circulator nu prezintă nimic anormal. Ap. digestiv: limba cu puţin depozit albicios, rino-faringele uşor hiperemiat, dentiţie relativ bună, apetit păstrat. Transit intestinal bun. Ficat, splina în limite anormale. Ap. urinar normal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Facere spontană. Copilul, de sex femenin, viu, normal, în greutate de 2,800 gr., nu prezintă nicio leziune infecţioasă specifică gonococului.

Lăuza, deşi local nu prezenta nimic patologic, totuşi e subfebrilă. I se dă 4 gr. de sulfathiazol imediat după naştere, timp de 2 zile.

In a 4-a zi dela naştere, face un frison violent cu ascensiune termică (40°), dispnee, iar din ziua următoare, febra ia un caracter continuu (39—40°). Bolnava are o stare generală alterată, este dispneică, acuză dureri intense la nivelul articulaţiilor interfalangiene dela picioare. Constatăm o intensă congestie conjunctivală oculară ca şi apariţia unei erupţii purpurice la nivelul genunchilor, cât şi prezenţa unui suflu sistolic la mitrală şi o splină percutabilă cu 4 lat. deget. Local nimic deosebit.

Este vorba deci de o gravidă la termen, care face acasă o angină,

---

Nota redacţiei. Inafară de lucrările româneşti de septicemii gonococice, datorate D-lor Prof. I. Nanu-Muscel şi I Glaudian; — I. Nanu-Muscel, D. Ionescu şi A. Brüll; — Alexandrescu Dersca şi D. Ionescu;—Marta Trancu Reiner, s'au mai publicat: Septicemiile gonococice de M. Cănciulescu, C. Stăncescu şi C. Criveanu, în Buletinul Cerc. Med. — Farm. din Craiova Nr. 10 | 1938; Septicemie goncocică d'emblée prin poartă de intrare cutanată de M. Cănciulescu şi M. Baculescu, în Mişcarea Medicală Română Nr. 11-12 | 1930;—Consid. asupra Septicemiei gonococice în leg. cu un caz de I. M. Popescu şi Şt. Bojin în Acta Medica Romana Nr. 3-4 | 945; — Asupra septicemiilor gonococice precoce ale uretritelor blenoragice şi al tratamentului lor prin sulfamide, în Acta Medica Romana Nr. 5-7 | 945.

urmată de un interval de 10—11 zile (la 4 zile după naştere) de o stare septicemică.

Examenul sângelui (picătura groasă) ne permite a elimina dela început febra recurrentă şi malaria; leucograma (leucocitoza de 19.600 cu 92% polinucleare), hemocultura negativă: îndepărtăm diagnosticul de febră tifoidă; urocultura sterilă elimină eventualitatea unei colibaciloze, iar examenul clinic făcându-ne să trecem pe planul al 2-lea posibilitatea t. exantematic, socotim probabil diagnosticul de septicemie puerperală cu hemocultura negativă şi cu examenul lochiilor de asemenea negativ. (Reacţia Widal şi W. Felix, negative în a 8-a zi de boală).

Totdeodată apar fenomene de glomerulo-nefrită (ex. urina — prin sondaj-oligurie — în primele zile 20—50 cc., iar deabia dela a 10-a zi vol. ajunge la 1300 cc.; D. = 1011, alb. urme slabe; sed. = celule epiteliale plate, frecvente leucocite şi hematii, rar cilindri granuloşi). Ureea ajunge dela 0,20 gr. la mie la 2,6 0gr. la mie. Clorul globular = 0,355 gr. la mie, Cl. plasmatic 0,710 gr. la mie, coeficientul extra plasmatic 0,5. R. A. 25, vol 0/0. T. A. mx. 13, mn. 7.

Starea bolnavei neîngăduind temporizarea, instituim tratamentul cu penicilină (20.000 u. o. la 3 ore).

Repetând ulterior examenul lochiilor se pune în evidenţă gonococi extra- şi intra celulari, astfel că apare evidentă **septicemia gonococică puerperală..**

După 5 zile de tratament cu penicilină (700.000 u. o.), bolnava devine afebrilă, iar starea generală se ameliorează paralel cu diminuarea azotemiei şi ameliorarea diurezei, vindecarea clinică obţinându-se după 10 zile. Examenul lochiilor prezentând încă gonococi extrra şi intra-celulari, se continuă tratamentul cu penicilină până la 2.800.000 u. o. încă 5 zile, fără însă să se ajungă la vreun rezultat, secreţia arătând la microscop mereu gonococi. Vindecarea locală nu este obţinută decât după un tratament local prelungit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aspectul clinic al septicemici relevă unele particularităţi proprii septicemiilor cu gonococ şi anume:

Erupţia purpurică, caracteristică e drept septicemiei cu meningococ, dar e întâlnită şi în cea gonococică, încât uneori s'a vorbit chiar de o formă purpurică a acestor septicemii. (Petrescu — teză 1934).

Conjunctivita, ce după Faure—Beaulieu e întâlnită în 20% din septicemiile gonococice, conjunctivită ce nu rezultă dintr'o inoculare, ci pare a fi toxemică după Mihail (Soc. de Biol. 3 Mai 1913) sau metastatică după majoritatea autorilor în frunte cu Morax.

Durerile vii dela nivelul articulaţiilor interfalangiene dela picioare, traduc o atingere articulară, care constitue un argument în plus pentru etiologia gonococică a acestei septicemii.

Suflul sistolic mitral apărut din primele zile ale constituirii septicemiei, ne permite a suspecta atingerea endocardică caracteristică şi precoce în septicemiile gonococice. Acest suflu a dispărut odată cu vindecarea septicemiei.

Atingerea renală e de asemenea obişnuită în această septicemie.

Este adevărat că lipseşte decelarea prezenţei gonococului în sânge, hemocultura rămânând sterilă. Dar aceasta nu constitue infirmarea diagnosticului de mai sus. Pe de o parte o singură hemocultură negativă nu exclude septicemia, germenii nefiind obligatori prezenţi în orice priză de sânge, iar pe de altă parte deţinerea de hemoculturi pozitive cu acest microb se loveşte de mari dificultăţi. Chiar în statisticile amintite la început, hemocultura e pozitivă numai în 32% (Chomé) şi 46,4% (Potocki şi Frisch). Trebue să adăogăm la acestea că nu am avut posibilitatea să corectăm cu acid paraaminobenzoic inconvenientele prezenţei sulfamidei în sânge (cu toate că administrarea sulfamidelor fusese oprită cu 3 zile înainte de luarea hemoculturei). Subliniem că începerea precoce a tratamentului cu penicilină şi rezultatele obţinute nu ne-au mai oferit condiţii optime pentru repetarea hemoculturii.

Infecţia sângelui nu este esenţial în septicemie, ci este numai un reflex al proceselor petrecute între microbi şi organele afectate. Esenţialul în septicemie e însă focarul septic, care în cazul de faţă e uterul.

Un interes deosebit, din punct de vedere patogenic, prezintă însă angina constatată la debutul acestei afecţiuni. Asupra acestor angine de debut („angine premonitorii") semnalate de Mondor şi Chabanier, insistă şi I. Claudian şi V. Petrescu (Ann. de med. Nr. 4—1935). In cazul nostru această angină a precedat cu 10—11 zile septicemia şi nu o putem socoti de origină hematogenă, în sensul unui enantem infecţios. Nu o putem socoti nici poartă de intrare a gonococului, deoarece acesta a fost găsit în lochii. Inclinăm pentru interpretarea dată de Claudian, după care trebuesc socotite angine banale, ce redeşteaptă o infecţie locală latentă gonococică, declanşând bacteriemia. Agentul cauzal al anginei se comportă deci fie ca un „virus vector", mobilizând gonococul, fie ca un sensibilizator al organismului la infecţia gonococică, până atunci latentă.

Mecanismul patogenic al septicemiei descrisă mai sus, credem că îl putem explica după concepţia biotropică a lui Millian, un rol favorizant jucând debilitatea organismului prin sarcină şi modificările locale consecutive naşterii.

O altă caracteristică a cazului de faţă este persistenţa germenului în focarul septic cu tot tratamentul intensiv de 2.800.000 u.o. penicilină. Gonococul e unul din germenii cei mai sensibili la penicilină, fiind sensibili chiar şi cei sulfamidorezistenţi. Cu toate acestea, în cazul nostru nu putem vorbi propriu-zis de o penicilino-rezistenţă. Dimpotrivă, precocitatea, tratamentul şi efectul său prompt nu au permis constituirea tabloului clinic tipic al septicemiei gonococice, marcat de evidente şi severe atingeri sinoviale şi endocardice. Vindecarea clinică şi totuşi prezenţa permanentă a gonococului în lochii ne face să ne gândim nu la un insucces direct al penicilinei asupra gonococului, ci penicilina — prin condiţiile (modificări

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de ph?) şi deranjamentele locale create de facere, pe cari noi nu le putem întrevede exact — nu a putut pătrunde în focarul septic uterin. Gonococii din lochii au dispărut de abia după un tratament local energic şi îndelungat.

Din cele expuse mai sus ajungem la următoarele concluzii:

1) Septicemia puerperală cu gonococ, datorită largei răspândiri a tratamentului gonocociilor cu sulfamide şi penicilină este tot mai rar întâlnită.

2) Anergia naşterii şi modificările locale sunt cauze favorizante, uneori însă poate juca un prim rol în patogenia acestei afecţiuni angina premonitorie, cum a fost semnalat pentru septicemiile gonococice medicale. Rolul acestei angine se poate explica după concepţia biotropică a lui Millian.

3) Cu tratamentul penicilinic, prognosticul acestor septicemii, anterior sumbru, a devenit favorabil.

4) Focarul septic, poarta de intrare în urma condiţiilor locale, ce împiedică ajungerea unei concentraţii optime de penicilină, poate să nu cedeze tratamentului penicilinic, fiind necesar un perseverent tratament adjuvant.

BIBLIOGRAFIE

Achard et Mouzon: Septicémie gonococcique. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Mai, 1924, p. 637. — Chabanier A.: A propos de quelques observations de gonococcémie avec metastases. Journ. des practic., Mai, 1932. — Ciorapciu S., Stănculescu P. şi Iut. Coraciu: Septicemie gonococică. Pancardită. Soc. Anatomo-clinică din Buc.. Şed. X-a, Iunie, 1936. — Cojan G.: Septicemie gonococică recidivantă cu determinări rare. Rev. Rom. de Urol., 1936, p. 493. — Faure Beaulieu: Thèse de Paris, 1906. — Kerl: Ueber gonorrhoische Exantheme. Arch. für Derm. und Syph. Tome CLXI, 1930. — Lemierre: Thèse. Paris, 1904. — Nanu Muscel I., Ionescu D., Claudian I. şi Brull A.: Septicemie gonococică pură. Presse Méd. No. 10, 1933. — Petrescu I.: Teză, Buc., 1934. — Stănculescu P. şi Manolescu E.: Consideraţiuni asupra unui caz de septicemie gonococică cu endoacrdită şi flebită. Rev. Spitalul, No. 3, 1939. — Stoia I., Bucur V. şi Turai C.: Septicemie gonococică; pancreatită. Soc. Anatomo-Clinică din Buc. Şed. XXII-a, 2-XII-1937. — Stoia I., Stănculescu P. şi Wexler L.: Septicemia gonococică (studiu anatomo-clinic), Buc., 1939. — Strominger I. şi Liebreich E.: Septicemie gonococică cu localizări oculare cutanate şi articulare. Rev. Rom. de Urol., 1935, p. 593. — Trancu Rainer M.: Gonokokkenseptikämie. Zentralblatt f. Gyn. No. 21, 1930. — Weil et Colaneri: Un cas de septicémie gonococcique pure. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1921, p. 695

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PERSISTENȚA CANALULUI ARTERIAL

de

D-r ARNOLD HUTTMANN

Brașov

Problema canalului arterial persistent a devenit în ultimul timp de actualitate, interesând și pe medicul practician din două motive: În primul rând este vorba de o afecțiune al cărei diagnostic intravital astăzi în urma străduințelor mai multor cercetători se poate pune cu mai multă precizie ca în trecut, iar în al doilea rând, tratamentul acestei afecțiuni, care până acum 8 ani a fost pur exspectativ, s'a schimbat de atunci în mod fundamental. Medicina este astăzi în stare să redea cei mai mulți din indivizii suferinzi de canal arterial persistent sănătoși familiei lor și cu aceasta și societății.

Precum se știe, canalul arterial este o legătură prenatală între artera pulmonară și aorta cu scopul de a transporta sângele din sistemul venos al venelor cave prin inima dreaptă și artera pulmonară direct în sistemul arterial periferic, ocolind astfel plămânii încă inactivi înainte de naștere. În viața extrauterină, dupăce s'a instalat respirația prin plămâni, canalul arterial se închide, de obiceiu cel târziu până la începutul lunei a 3-a. În cazuri rare canalul nu se obliterează, de multe ori în prezența altor anomalii cardiace, cum ar fi de exemplu stenoza pulmonară, comunicația interventriculară sau stenoza istmică a aortei. În alte cazuri de canal arterial persistent nu se găsește nicio altă leziune a inimei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

În cazul neînchiderii canalului arterial, sensul circulației sangvine se inversează după naștere. Pe când în timpul vieții intrauterine sensul circulației este din artera pulmonară prin canal în aortă, după naștere, în urma faptului că presiunea aortică este de 3 ori mai mare decât cea pulmonară, circulația se inversează, trecând din aortă prin canal în artera pulmonară. Simptomele subiective și obiective care se găsesc mai târziu, nu sunt decât urmările acestei presiuni mai mari în sistemul aortic, influențând direct prin comunicația patologică sistemul pulmonar.

Redăm mai jos pe scurt datele clinice ale unui **caz de canal arterial persistent dintr'un total de 3 cazuri proprii.** Este vorba de tânărul Ch. A., în vârstă de 21 ani. În antecedentele heredo-colaterale nimic deosebit. În antecedentele personale numai câteva amigdalite ușoare. Poliartrita reumatică lipsește din anamneză. De mai mult timp, bolnavul observă că obosește mai repede în urma eforturilor fizice, având palpitații și respirația mai grea, mai ales când aleargă sau urcă trepte. Picioarele nu se umflă la glesne, iar cantitatea urinei nu s'a diminuat. Bolnavul nu tușește.

La examenul somatic găsim un tânăr de o talie de 167 cm., cu o greutate corporală de 54 kgr. Nu se găsesc edeme maleolare, cianoză sau degete hipocratice. Pulsul 62 pe minut, ritmic, bine bătut. Tensiunea arterială 11/8 în repaos, iar după gimnastică 13 jum. : 6 jum. Plămânii normali la ascultație, percuție și la examenul radiologic. În restul organismului, în afara aparatului circulator nimic patologic. La percuție găsim o

dilatare a inimei spre stânga cu 2 lăţimi de deget, şocul apexian în al 6-lea spaţiu intercostal în linia medioclaviculară. Nicio dilatare înspre dreapta. La ascultaţie găsim un suflu sistolic deasupra focarului pulmonarei în al 2-lea spaţiu intercostal stâng, cu uşoară propagare în sus în regiunea claviculară. Sgomotul 2 pulmonar net accentuat. Se percepe un freamăt sistolic deasupra regiunii sternale superioare stângi. Radioscopia indică o hipertrofie netă a ventricolului stâng, o dilataţie a arcului pulmonar cu activitate foarte vie a marginei stângi, în timp ce nu se găseşte nicio mărire a inimei drepte. In regiunea hilusurilor se constată o pulsaţie a hilusurilor, sincronă cu pulsul radial, mai pronunţată în dreapta (vezi schiţa radiologică din fig. 1): In poziţiile oblice se găseşte o aortă de contur normal precum niciun semn de mărire sau bombare a atriului stâng. Spaţiul retrocardial este absolut liber în amândouă poziţii anterioare oblice la nivelul atriului, iar în O. A. S. îngustat la nivelul ventricolului stâng. Electrocardiograma (vezi fig. 2) ne arată un ritm sinusal cu segmentele ST normale şi undele T pozitive în toate trei derivaţiile. Axul electric al complexelor QRS uşor deviat spre stânga. In urma acestor simptome se pune diagnosticul de canal arterial persistent.

Cele mai multe cazuri de această boală au fost adunate şi studiate de autorii americani. In cele ce urmează ne vom conduce în consecinţă în cea mai mare parte după datele clinice şi statistice obţinute de aceştia. Precum s'a constatat, sexul femenin dă cele mai multe cazuri de canal arterial persistent. In materialul propriu, 2 din 3 cazuri au aparţinut acestui sex. In cazurile necomplicate lipseşte cianoză, sângele venos nu intrând în circulaţia mare. Din contră, prin trecerea unei cantităţi apreciabile (ce poate varia între 40 şi 60 la sută) de sânge arterial în circulaţia pulmonară, se produce un scurt circuit arterio-venos, ceeace după analizele lui **Lequime şi Denolin (6)** duce la scăderea cantităţii de bioxid de carbon în sângele venos la aceste cazuri. Din lipsa unui scurt circuit venoso-arterial lipsesc şi degetele hipocratice sau poliglobulia, cari se găsesc în mod clasic la tetrada lui Fallot, iar pierderea continuă de sânge arterial în sistemul venos duce la o diminuare a creşterii organismului în lungime ca şi a greutăţii corporale. In ceeace priveşte desvoltarea lor fizică, aceşti copii rămân în urma colegilor lor de vârstă, fiind în plus şi mai susceptibile de boli intercurente.

Simptomele obiective ale aparatului circulator la persistenţa canalului arterial se pot explica prin caracterul fiziopatologic al leziunii. Trecerea sângelui aortic sub presiune prin canalul arterial — mult mai îngust ca aorta — duce la instalarea unui suflu sistolic râpos şi a unui freamăt sistolic deasupra regiunei sternale superioare stângi. Sângele aortic, prin volumul şi presiunea lui, duce la o creştere a tensiunii în artera pulmonară, care se manifestă clinic prin accentuarea sgomotului 2 pulmonar. Acelaş proces duce încetul cu încetul şi la o dilatare a arteriei pulmonare, care la percuţie se exteriorizează printr'o matitate în spaţiul intercostal 1—3 stâng. Această dilatare, dacă atinge un grad mare, poate să cauzeze o insuficienţă pulmonară relativă (muşchiulară) şi prin compresiunea nervului recurent o răguşeală cronică. In acest caz se instalează şi un suflu diastolic deasupra focarului pulmonar. In cele mai multe cazuri se găseşte o hipertrofie

a ventricolului stâng, care după Schittenhelm [9]) se explică prin faptul că o parte a sângelui circulă în permanenţă între aortă, canal, arteră pulmonară şi plămâni („Pendelblut"), ducând la o împovărare în plus a ventricolului stâng. Celelalte simptome depind în cea mai mare parte de calibru canalului arterial şi în consecinţă de gradul scurt — circuitului. Un canal arterial strâmt nu duce la dilataţia şi hipertrofia cordului şi prezintă un puls periferic normal. Canalul arterial larg duce cu timpul după dilatarea ventricolului stâng şi la cea a ventricolului drept şi (la radioscopie) la pulsaţia visibilă a vaselor pulmonare dilatate. Pulsul periferic devine în acest caz asemănător celui al insuficienţei aortice. Prin cantitatea mare a sângelui arterial, care se revarsă sub presiune mare în artera pulmoanră, pulsul se caracterizează prin celeritatea lui, putând fi observat de multe ori şi deasupra vaselor capilare.

Suflul sistolic al canaluui arterial este lung, şuerător, cu caracter maşinal, (dacă canalul este larg) şi se percepe cel mai bine în spaţiul intercostal 2 şi eventual 1 stâng, lângă stern. Suflul se prelungeşte de obiceiu până la sgomotul pulmonar 2, care, cum am mai amintit, este accentuat. In cele mai multe cazuri, suflul se propagă prin aortă în sus, în carotida stângă.

Tensiunea arterială maximă este după Gross [4]) de obiceiu normală sau puţin diminuată, cea diastolică scăzută. In urma acestui fapt amplitudinea se măreşte puţin. După efort (15—20 flexiuni pe genunchi) creşte după Bohn [1]) tensiunea maximă, minima scăzând în acelaş timp şi mai mult, ceeace duce la o mărire în plus a amplitudinei. Acest fenomen se găseşte în mod constant mai ales în cazurile de canal arterial cu calibru mare. Astfel tensiunea sistolică s'a urcat într'un caz al lui Lewicky [7]) după efort dela 125 la 205 mm., Hg., cea diastolică scăzând în acelaş timp dela 50 la 0 mm.

Simptomele radiologice ale canalului arterial persistent sunt după Donovan, Neuhauser şi Sosman [2]), care se bazează în studiul lor pe 50 cazuri verificate prin operaţie, următoarele în ordinea frecvenţei lor: Dilataţia arterei pulmonare, lărgirea umbrei cardiace, dilataţia ventricolului stâng, hiperemie accentuată a vaselor intrapulmonare, pulsaţia exagerată a ventricolului stâng şi a arterei pulmonare şi însfârşit pulsaţia visibilă a vaselor hilare (aşa numitul „dans al hilusurilor").

Electrocardiograma este după Nadrai [8]), în ceeace priveşte undele T şi axul electric, normală şi este prin acest fapt de valoare în diagnosticul diferenţial faţă de celelalte leziuni congenitale ale inimej. O electrocardiogramă patologică pledează după Gross în contra presupunerii unui canal arterial persistent; de pildă găsirea unei dextrograme accentuate trebue să ne dirijeze în direcţia unei stenoze pulmonare.

Diagnosticul diferenţial trebue să aibă în vedere în primul rând celelalte afecţiuni congenitale ale inimei, mai ales comunicaţia interventriculară. La aceasta, suflul sistolic nu are caracterul maşinal şi şi se găseşte mai jos, în regiunea inferioară a sternului. La această afecţiune lipsesc şi semnele vasculare periferice. Comunicaţia interauriculară nu produce după Shapiro [10]) un suflu, în schimb vasele pulmonare sunt la ea mult mai dilatate şi pulsează intens. Inima este

mult mai mare ca la canalul arterial persistent şi de formă rotunjită. Stenoza pulmonară la rândul ei duce la o hipertrofie foarte accentuată a ventricolului drept fără dilataţia ventricolului stâng. Suflul sistolic este localizat la această afecţiune tot în al 2-lea spaţiu intercostal stâng, dar sgomotul 2 pulmonar este mult diminuat sau lipseşte complect. Electrocardiograma în stenoza pulmonară este caracterizată printr'un P pulmonar tipic, printr'o dextrogramă pronunţată cu unde T negative în 2—3 derivaţii. In toate aceste cazuri diagnosticul diferenţial nu va prezenta prea multe greutăţi, dacă ne obişnuim de a face pe lângă examenul clinic şi cel radiologic şi electrocardiografic, confruntând şi coordonând rezultatele acestor metode.

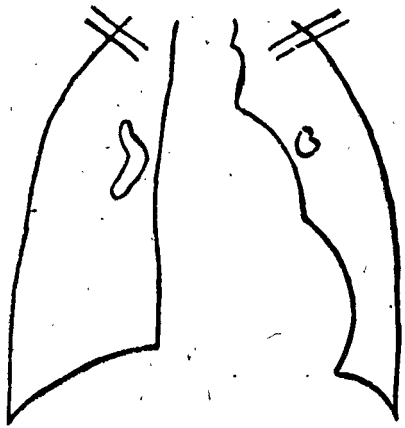
Coexistenţa unei alte leziuni congenitale a inimei, care realizează un scurt circuit venoso-arterial, se poate constata şi cu ajutorul eterestului al lui **Puddu**. Dacă i se injectează unui individ sănătos 0,4 ccm., eter intravenos, regăsim după câteva secunde mirosul caracteristic al eterului în aerul expirat de pacient, de multe ori concomitent cu o uşoară tusă de scurtă durată. In cazuri de scurt circuit venoso-arterial însă, injecţia intravenoasă de eter duce la dureri foarte accentuate a pielei de caracter înţepător şi arzător, mai ales la nivelul capului şi al feţei. Aceste dureri dispar repede şi se explică prin trecerea eterului din partea dreaptă a inimei în cea stângă şi de aici în vasele periferice ale sistemului circulator mare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prognosticul canalului arterial persistent depinde de mai mulţi factori. Cam jumătatea bolnavilor moare înainte de a împlini vârsta de 15 ani. Totuşi se cunosc şi cazuri atingând vârsta de 40,50 şi chiar 66 ani. Cauzele morţii sunt sau insuficienţa cardiacă sau îmbolnăviri intercurente ca pneumonia, tuberculoza sau foarte des endocardita lentă. Aceasta din urmă se poate localiza pe valvulele aortice, pe ostiul pulmonar, în artera pulmonară sau foarte des chiar în interiorul canalului, formând astfel de fapt o endarterită. Localizaţia endocarditei lente în interiorul canalului sau în peretele arterei pulmonare se poate explica prin presiunea torentului sangvin, care în aceste locuri poate să producă uşor leziuni ale inimei, pe care ulterior se grefează infecţia. La endocardită lentă trebue să ne gândim dupe **Shapiro** în toate cazurile de febră la un canal arterial persistent, mai ales dacă hipertermia durează mai mult de 2 săptămâni şi dacă nu se găseşte nicio altă explicaţie a ei.

Tratamentul canalului arterial a devenit în ultimul timp foarte activ, mai ales în America. In cazurile în care nu există încă o altă leziune congenitală a inimei, autorii americani procedează la operaţia canalului arterial persistent, făcând toracotomia şi o ligatură dublă a canalului între aortă şi artera pulmonară cu secţionarea şi îndepărtarea canalului. Rezultatele acestei operaţii sunt în general foarte favorabile. Inauguratorul şi şampionul incontestabil al acestei operaţii este R. E. Gross, profesor de chirurgie infantilă la Boston, care în anul 1940 a publicat primele rezultate [5]). Acelaş autor a dat în şedinţa societăţii cardiologice din New-York din 11 Februarie 1947 un bilanţ strălucit a 140 cazuri operate, în vârstă de 11 luni până 47 ani, cu o mortalitate operatorie generală de 2,8 la sută, iar la

PLANSE



ig 1

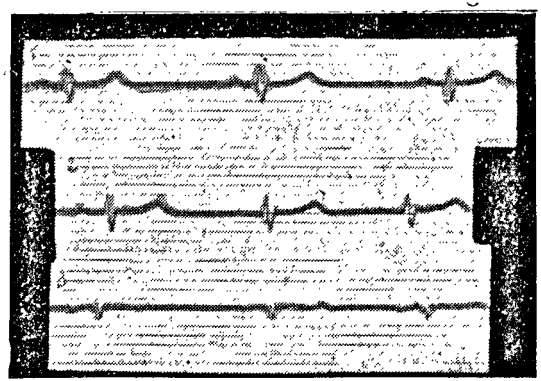


Fig. 2.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

copii de numai 1,1 la sută. La alţi operatori, mai puţin specializaţi încă în această operaţie, mortalitatea operatorie este deocamdată mai mare. Astfel **Shapiro** şi **Keys**[11]) au adunat din literatură 140 cazuri operate de canal arterial persistent. Din 33 cazuri complicate cu endocardită lentă 60,6 la sută au fost vindecaţi prin operaţie, iar la 107 cazuri necomplicate procentul vindecărilor se ridică la 75,7 la sută. In Europa prima operaţie de acest fel a fost executată de **Crafoord** la Stockholm în anul 1942, care între timp a şi conceput şi executat prima operaţie a stenozei istmice a aortei. Operaţia canalului arterial persistent este indicată după **Ziegler**[12]) numai în cazurile cu suflu tipic în care o endocardită malignă cu un germen sulfamido — şi penicilino rezistent se grefează pe canal, în absenţa altor malformaţiuni congenitale, faţă de care canalul arterial joacă un rol compensator. Totuşi mai mulţi autori americani, ca **Gross** şi **Graybiel** operează şi cazurile afebrile pentru a prelungi viaţa bolnavilor şi pentru a preveni endocardita lentă, care după ei se iveşte în cam 30 la sută a cazurilor şi care măreşte mortalitateea operatorie într'un grad destul de mare. Dincolo de vârsta de 25 ani dificultăţile tehnice ale operaţiei cresc din ce în ce mai mult, mai ales în prezenţa unor leziuni arteriosclerotice, având repercusiuni asupra mortalităţii. In urma acestor fapte **Gillchrist**[3]) constată că vârsta cea mai favorabilă pentru pentru operaţie ar fi vârsta între 7 şi 10 ani. Inainte de 7 ani ar exista după acest autor posibilitatea unei obliteraţii spontane a canalului, iar după 10 ani mortalitatea creşte dela an la an. Rezultatele îndepărtate ale operaţiei reuşite sunt din cele mai excelente, obţinându-se o creştere mai accentuată a acestor copii slabi şi leptosomi, făcându-i să ajungă în scurt timp în acelaş stadiu de desvoltare corporală şi psihică cu camarazii lor de vârstă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

1) *Bohn* citat de *Schapiro*.—2) *Donovan, Neuhauser* şi *Sosman*, Medicine, Nr. 2 pag. 21.—3) *Gillchrist*, Brit. med. Journ. 1946. 1. 515.—4) *Gross*. Journ. Am. Med. Assoc. 115. Nr. 15, 1940.—5) *Gross*, Journ. Ped. 1940, pag, 716.—6) *Lequime* şi *Denolin*, Arch. malad. coeur. 39. 258. 1946.—7) *Lewicky*) Wien. klin. Wsch. 1939, pag. 1089.—8) *Nadrai*, Erg. inn. Med. 60. 688. 1941.—9) *Schittenhelm*, Deutsch. med. Wschr. 1920, Nr. 42.—10) *Shapiro*, Brit. J. Surg, 1944, pag. 32.—11) *Shapiro* şi *Keis*, Amer. J. med. Sc. 1943. 206, 174.—12. *Ziegler*, Am. Heart Journ. 31. 231. 1946.

Spitalul Casei de Asig. Sociale—Petroşani

DISEMBRION AL FICATULUI CU EVOLUŢIE MALIGNĂ

de

Dr. ROIBAŞI PAVEL şi **Dr. FOGAŞ CORNEL**
Medic primar Medic secundar

Dr. SCHELKER ERICH

Disembriomele, după cum arată şi denumirea lor, sunt tumori

de origină congenitală. Ele sunt formate din ţesuturi ce derivă din cele trei foiţe germinative.

Aceste ţesuturi se află în stare adultă sau în stare embrionară, încă nediferenţiate.

Tumorile mixte teratoide sau embrionare se prezintă, fie sub forma unor chiste voluminoase, fie sub forma unor tumori solide.

Mărimea acestor tumori este variabilă, ele putând să ajungă la dimensiuni enorme, când sunt incompatibile cu viaţa.

Ele prezintă o suprafaţă neregulată, nodulară, iar forma şi consistenţa lor este variabilă.

Aceste tumori embrionare apar de obiceiu între vârsta de 20—40 ani şi au în general un aspect şi evoluţie benignă. Sunt cazuri când ele suferă o transformare malignă sau sunt chiar maligne dela început.

La un număr mai restrâns de cazuri ele survin la vârste mai mici, observându-se uneori chiar şi la sugaci. Caracteristica lor la aceste vârste fragede o constituie faptul că au o înfăţişare şi o evoluţie malignă.

Localizările cele mai frecvent descrise sunt: regiunea coccigiană, regiunea palatină, cavitatea craniană, cea toracică, şi anume mediastinul, glandele genitale, rinichii, glandele supra-renale, vezica urinară, etc.

Prognosticul este variabil şi el depinde de felul tumorii, de volumul ca şi de localizarea sa.

In general, embriomele chistice sunt tumori benigne, iar cele solide au caractere de malignitate mai mult sau mai puţin pronunţată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste tumori au fost semnalate pentru prima dată de către Bard şi Trévoux, iar apoi de Delbet şi în special de către Pilliet.

Wilms le-a dedicat un studiu complect şi amănunţit în anul 1902.

Ulterior, aceste tumori, au fost obiectul unor studii numeroase, când s'a stabilit cu precizie, atât provenienţa lor, cât şi aspectul clinic ca şi localizarea lor de căpetenie. Deasemenea a fost descrisă structura lor anatomo-microscopică ca şi toate particularităţile lor macroscopice.

Roussy le împarte, din punct de vedere anatomo-patologic, în trei categorii şi anume:

a) Disembrioplaziile simple, mai mult malformaţii tisulare, care nu sunt tumorale prin ele înşile, dar care pot deveni, fie prin proliferarea exagerată a ţesutului de malformaţie, fie prin transformarea lor chistică.

b) Disembriomele complexe, cu o structură organoidă ce poate prezenta toată gama de transiţie dela disembriomele complexe până la embriomele teratoide.

c) Cancerele embrionare, care pot fi tumori disembrionare ce se instalează şi evoluează malign chiar dela început sau formează cancerele disembrioplasice sau embrionare ce se malignizează secundar.

Tumorile maligne embrionare se întâlnesc cu o frecvenţă mai mare la nivelul sistemului nervos şi la nivelul aparatului urogenital.

Tumorile maligne embrionare cu localizare renală se observă aproape exclusiv la copii, ba chiar şi la sugaci.

Dar, pe când localizările de mai sus sunt destul de curente şi nu comportă vreun caracter special sau vreo particularitate ce merită a fi menţionată, localizările în alte organe şi mai ales la nivelul ficatului, constituie atipii de apariţie şi curiozităţi clinice demne de a fi relevate.

In adevăr, cazul studiat de noi comportă o localizare de o raritate clinică excepţională, pune probleme de diagnostic clinic importante şi extrem de abarasante şi evoluează cu o iuţeală ce se întâlneşte destul de rar în materie de tumori maligne.

Localizarea pur hepatică a unui disembrion malign nu figurează în tratatele de medicină internă sau de patologie chirurgicală şi nici în tratatele sau în manualele de anatomie patologică ce noi le am avut la îndemână.

Deasemenea, în toată literatura medicală, ce a putut fi consultată de noi, nu am întâlnit o publicaţie cu un caz similar.

Din cele ce preced nu intenţionăm să tragem concluzia că asemenea cazuri nu au putut fi observate şi de alţi autori, ţinem să accentuăm însă că această carenţă de lucrări cu observaţiuni asemănătoare se datoreşte faptului că astfel de cazuri sunt extrem de rare, ceia ce justifică şi publicaţia de faţă.

In ziua de 24 August 1946 se internează în spitalul Casei de Asig. Sociale din Petroşani copilul Ulici Ileana, în etate de 4 ani, domiciliată în com. Lonea, cu diagnosticul probabil de tumoră a ficatului.

In **antecedentele** sale personale nu se găseşte vreo afecţiune demnă de a fi semnalată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Părinţii fetiţei sunt sănătoşi şi mai au cinci copii, toţi fiind în perfectă stare de sănătate şi bine desvoltaţi.

Maladia sa a fost semnalată de către părinţii bolnavei cu patru-cinci săptămâni în urmă, când s'a observat că fetiţa ţinea mereu mâna sa la nivelul hipohondrului drept, hipohondru ce devenea din ce în ce mai proeminent.

In tot acest timp pofta de mâncare era păstrată, starea generală a fost bună, scaunele şi urinele normale.

In ultimile zece zile hemiabdomenul drept continuă să crească într'un ritm mai accelerat, iar cu patru zile înainte de internarea sa în spital se instalează durerile şi o senzaţie de tensiune intra abdominală. — Totodată apare şi o febră, care se menţine însă destul de scoborâtă, ea oscilând între 37-38, precum şi o inapetenţă pronunţată. Copilul slăbeşte fulgerător.

In tot acest timp n'a prezentat greţuri sau vărsături, modificări de scaune sau turburări urinare.

La **examenul clinic se** constată că bolnava este bine desvoltată pentru vârsta sa, are ţesutul celulo-adipos mult redus şi un abdomen mult mărit de volum, ceia ce contrastează izbitor cu restul corpului său. — Este subferilă şi tahipneică.

Prezintă o tahicardie pronunţată, fără vreo altă modificare clinică sau radiologică a aparatului cardio-vascular.

Abdomenul bombează, mai ales în jumătatea sa dreaptă, iar la palpare se simte o formaţiune tumorală cu suprafaţa sa neregulată, având părţi de consistenţă mai moale şi altele mai dure.

Această formaţiune tumorală, care nu este altceva decât ficatul ocupă toată jumătatea dreaptă a abdomenului, se pierde sub rebordul costal stâng şi atinge în jos o linie ce trece la circa trei laturi de deget sub linia ombilicală transversală.

Marginea antero-inferioară a ficatului este mai estompată, iar consistenţa sa cu mult mai mărită, fără ca să aibe însă o duritate lemnoasă. — Ficatul este dureros la presiune şi imobil.

Evoluţie. In zilele următoare starea bolnavei se agravează în mod rapid, slăbirea face progrese ce cu greu pot fi sesizate dela o zi la alta, iar ficatul se măreşte de volum în mod impresionant, ajungând în câteva zile până la simfiza pubiană.

Concomitent cu mărirea de volum a ficatului apar pe suprafaţa sa unele formaţiuni mai proeminente cu caracter chistic şi foarte dureroase la presiune.

Restul organelor nu prezintă vreo modificare, patologică, iar scaunele şi urinele continuă a fi normale.

In faţa acestei evoluţiuni clinice am părăsit orice alt diagnostic de probabilitate şi am invocat aproape ca sigură eventualitatea unui sarcom al ficatului.

Bolnava este trecută în secţia de chirurgie spre a-i se face o **laparatomie exploratoare**, laparatomie ce se execută în ziua de 30 Aug. 1946.

La deschiderea cavităţii abdominale ne-am găsit în faţa unui ficat mărit în totalitatea sa, ajungând în jos până la simfiza pubiană, iar în stânga depăşind linia mediană şi pierzându-se sub rebordul costal.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Ficatul este de consistenţă dură, friabil, uşor sângerând, de culoare brun-cenuşie, cu suprafaţa neregulată-aspect de pavaj-şi aceasta din cauza unor formaţiuni tumorale de mărimi variabile şi de contur neregulat.

Unele din aceste formaţiuni prezintă la palpare un conţinut ramolit, iar prin puncţie se extrage, când un lichid seros de culoare cenuşie-murdară, când un lichid brun-sanghinolent.

Se face o excizie din aceste formaţiuni tumorale în vederea unui examen anatomopatologic şi se întinde un frotiu din acel conţinut galben-murdar.

Pe frotiu nu s'au găsit elemente celulare şi nici floră microbiană.

Bolnava părăseşte spitalul în ziua de 9 Septembrie 1946 şi sucombă în ziua de 18 Septembrie 1946. — Evoluţia clinică aparenţă deci a maladiei sale a fost de circa 50 zile.

Rezultatul anatomo-patologic executat la Institutul de Anatomie Patologică din Cluj, de sub direcţia D-lui Pr. D-r Titu Vasiliu, este următorul:

Piesa excizată: ficat.

In secţiunile făcute din piesă trimisă (ficat) nu se mai vede ţesut hepatic, totul fiind înlocuit cu mase formate de un ţesut cu caracter embrionar. Acest ţesut constă din două feluri de elemente:

a) unul format din cordoane celulare cilindrice, dispuse epitelial şi aşezate pe un capilar sinusoid.

b) al doilea element este format din capilare neoformative şi pline cu sânge.

Este un **desembrion** sau un teratoblastom format din derivate a două foițe (didermic), ectoderm și mezoderm, nediferențiate.

Din datele clinice și anatomo-patologice de mai sus, se pot desprinde următoarele concluziuni:

a) In cazul nostru este vorba de o tumoră embrionară a ficatului la o fetiță de patru ani.

b) Evoluția clinică a afecțiunei ca și caracterele sale morfologice conchid pt. o formă malignă cu mers fulgerător.

c) Afecțiunea descrisă nu constitue o raritate prin natura sa malignă sau prin vârsta tânără a bolnavei ci prin localizarea sa la nivelul ficatului.

RAPORT DE ACTIVITATEA SOCIETĂȚII MEDICALE DIN PRAHOVA, DELA 19. VI. 1947 PÂNĂ LA 4. III. 1948

de

D-r ION ALBU
Secretar general

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comitetul și-a început activitatea după alegerile din 19 Iunie 1947.

De atunci Societatea a avut durerea să piardă pe doi din membrii săi activi, D-ri Verona și Matei Stoicescu.

In timpul anului s'au ținut 11 ședințe de Comitet, în care s'a elaborat un regulament de complectarea statutelor Societății și votat în adunarea generală extraordinară dela 5 Feb. 1948.

Societatea a fost abonată la revistele Spitalul, Acta Medica Romana, Medicina Română, Revista Științelor Medicale.

Nu s'au putut face abonamente la reviste streine din cauza greutății obținerii devizelor.

In opt ședințe științifice s'au făcut 28 de comunicări cu opt prezentări de bolnavi și trei prezentări de piese din domenii medicale diferite oglindind preocupările variate ale membrilor Societății noastre.

In *Medicina generală* D-l D-r *Fulga* ne-a prezentat o interesantă sinteză a *Regimului alimentar de aplicat în boalele febrile.* D-sa a pus accentul pe nevoia revizuirii unor noțiuni admise drept clasice și a demonstrat că regimul alimentar al bolnavilor febrili trebue să fie substanțial și să înlocuiască numărul de calorii pierdute prin arderile intense. Că regimul lactat și făinos administrat rutinar în febra tifoidă — cu excepția complicațiilor intestinale — sau în tifosul exantematic trebue părăsit.

In materie de *boli contagioase,* tot D-sa a adus în fața Societății *un bolnav tratat pentru Lepră și urmărit timp de 7 ani.* Tratat

în mod excepţional în spitalul Movila apoi ambulatoriu, cu aprobarea Ministerului Sănătăţii, care, de regulă izolează cazurile la Tichileşti.

Tratamentul a constat în administrarea de oleu de Chaulmoogra în doze care de obiceiu se tolerează greu de bolnav (12 gr. zilnic, după recomandaţia Prof. Nicolau) combinat cu injecţii intravenoase de soluţie 1% albastru de metilen, colorant cu efect terapeutic dar şi injectând selectiv tuberculii specifici şi servind astfel ca test al stingerii focarelor.

In *Cercetări asupra tetanosului*, în colaborare cu *Radu Coca* ne-a comunicat rezultatele obţinute de d-sa pe 79 cazuri prin administrare de ser anti-tetanic, injectat intravenos şi subcutanat în doză unică, masivă, dela început, combinat cu anatoxină tetanică subcutanat şi repetat. Metoda este românească şi este înscrisă în instrucţiile Institutului Cantacuzino.

In legătură cu tetanosul, *D-l Octavian Iliescu* a adus *o complicaţie rară a rachisului*, observată la doui pacienţi în perioada de creştere: cifoza coloanei vertebrale dela II-XI D., observată în clinica Prof. Rădulescu-Cluj şi izolată ca o entitate morbidă. Ea n'a primit însă dreptul indiscutabil de cetăţenie în nosografie.

O localizare atipică de eritem pelagros şi anume la plici de flexiune şi în zone de presiune, la adăpost de razele solare au observat D-nii Piticaru şi Ştefan Popescu la spitalul de Boale Interne.

In *Chirurgia Generală* s'a înregistrat un număr mai mare de comunicări graţie varietăţii anatomo-clinice ca şi nelimitate pe care o prezintă cazurile operate cât şi zelului colegilor dela spitalul Predinger.

La cap şi faţă D-nii *D-ri Ştefaniu şi Ludu* au comunicat o *otomastoidită cronică cu osteomielită extensivă a occipitalului* operată şi vindecată.

D-nii Păsculescu şi Grigore au prezentat un copil operat într'un timp pentru o *fisură incompletă a obrazului drept* până la pleoapa inferioară. Rezultatul funcţional şi estetic a fost foarte bun.

Torace. O problemă pe care terapeutica n'a rezolvat-o încă, a fost adusă în discuţie de D-l Lipianu. D-sa a urmărit o pacientă care operată pentru *neoplasm de sân* a făcut tulburări în mers cu dureri atroce în membrele inferioare. S'a presupus o metastază vertebrală şi cum terapeutica este destul de săracă în mijloace pentrucă opiaceele, iradiaţia sau cordotomia au dat rezultate cu totul aproximative, D-na Anghelide a practicat pacientei o castrare bilaterală. Pacienta ne-a fost prezentată mergând şi fără dureri la câteva luni dela intervenţie.

Ovariectomia propusă încă din 1943 în Franţa de Ameline şi Gally apoi reluată în 1946 de Sicard, a fost primită cu scepticism din cauza greutăţii unei interpretări solide ştiinţifice. Totuşi dacă chirurgia nu poate să vindece întotdeauna, dacă reuşeşte măcar să suprime durerea nu face mai puţin operă divină, cum spune dictonul şi orice mijloc care procură fie şi numai iluzia vindecării în cancer trebue adoptat.

In marea cavitate a peritoneului *D-l Păsculescu* a operat o *peritonită încapsulantă* probabil de origină bacilară.

Un sindrom abdominal acut etichetat drept *pancreatită acută hemoragică* i-a dat D-sale şi colaboratorilor *D-r Gheorghiadi şi Grigore* ocazia să trateze o leziune a pancreasului care s'a dovedit *pancreatită subacută recidivantă.*

In domeniul chirurgiei gastrice D-l *Păsculescu şi Grigore* ne-au prezentat un tânăr operat pentru *ulcer peptic făcut pe o gură de G.E.A.;* l-au rezecat şi l-au vindecat.

Cu D-l *Gheorghiade* a prezentat alt ulcer gastric care sângerase abondent; după ce s'au practicat transfuzii repetate i s'a făcut o rezecţie după care pacientul a făcut un icter catharal. Cu acest prilej autorii au făcut consideraţii asupra ieterilor apărute după transfuzii.

In *Obstetrică.* Drept ilustrare a felului cum e asistată uneori femeia gravidă la sate, la 20 km. de Ploeşti, D-na *Anghelide* ne-a prezentat o *inversiune uterină acută* la o primipară. In timpul travaliului a fost aşezată de o moaşe empirică în poziţia „accroupi" pe două scăunele. După expulzia fătului moaşa, o bătrână din sat, a făcut tracţiuni pe cordon cari au produs inversiunea uterului. Moaşa luând uterul drept al doilea făt a tras de el; cu toate sforţările depuse n'a reuşit să smulgă uterul. Cu această masă violacee acoperită cu păturí şi pae a fost adusă la Maternitate în stare de lipotimie. I s'a făcut toaleta cu hipermanganat de potasiu apoi deslipirea placentei, reducerea uterului în abdomen, injecţii cu penicilină şi D-na Doctor a avut satisfacţia s-o vindece.

Cu D-nii *Petre Ionescu* şi *Toma Petrescu,* cu ocazia unei *miomectomii la o gravidă* D-sa a făcut consideraţii generale asupra intervenţiei pe uterul fibromatos cu sarcină.

Tot la Maternitate D-nii *Petre Ionescu* şi *Toma Petrescu* au observat *doui fetuşi cu malformaţii incompatibile cu viaţa:* unul cu anencefalie iar altul cu lipsa aparatului excretor.

In domeniul *Ginecologiei* D-nii *Păsculescu* şi *Gheorghiade* au prezentat o *sarcină ectopică abdominală* în luna V-a grefată în micul bazin şi luată preoperator drept un miom sau un chist dermoid.

D-nele *Anghelide* şi *Ghiţescu* ne-au comunicat întrebuinţarea eficace a penicilinei în *trei cazuri de sarcină cu peritonită.* Medicamentul este întrebuinţat la maternitate pe o scară din ce în ce mai largă, astfel că tratamentul medical conservator în anexite îşi găseşte indicaţii din ce în ce mai numeroase.

La *Sistemul osos* D-nii Doc. D-r *Gh. Petrescu—H. Breazu* şi D-na *Maria Munteanu* au observat un caz foarte rar de *osteochondrome multiple familiale* la un copil de 10 ani, într'o familie unde s'a putut urmări numeroase cazuri în linie ascendentă. Una din tumori de mărimea unui pumn a necesitat o rezecţie parţială a omoplatului.

In aceiaşi materie D-l Nicolae Racoveanu a adus mai mulţi membri dintr'o familie (tatăl şi trei copii) cu *osteome multiple* de mărimi şi diseminări foarte variate toate de natură beningnă.

O discuţie animată s'a făcut în jurul unei *spondilite a coloanei lombare* bănuită că ar fi fost provocată de bacilul Eberth.

Din analiza foii de observaţie şi a clişeelor radiografice prezentate de D-nii *Păsculescu, Gheorghiade* şi *Grigore* s'a ajuns la concluzia că era vorba mai degrabă de un morb al lui Pott bicţiuit de infecţia cu bacilul tific.

Epidemia de tifus exantematic din toamna anului trecut a dat ocazia D-lor *Păsculescu, Gheorghiade* şi *Grigore* să facă *simpatectomie lombară* la doi pacienţi cari în perioada de convalescenţă au făcut plăgi atone ale extremităţilor inferioare prin afectarea endoteliului arterial. Pacienţii au fost aduşi în stare de ameliorare manifestă.

D-lor au mai prezentat un *hipernefrom* extirpat pe cale combinată lombo-abdominală.

Regretatul nostru coleg *Matei Stoicescu* a prezentat un studiu amplu asupra *profilaxiei sifilisului nervos* cu aspectul medico-social al problemei. Comunicarea a suscitat discuţii interesante în jurul tratamentului insuficient aplicat din timiditate, neştiinţă sau tendinţă la exploatare a auxiliarilor noştri sanitari sau chiar a unor colegi fără conştiinţă.

Altădată, tot fostul nostru coleg a tratat o *problemă de psihiatrie socială: selecţionarea şi orientarea profesională* cu atât mai interesantă în Ploeşti cu cât aci este un centru industrial unde afluiază elemente dezorientate dela ţară.

La discuţii a luat parte D-l *Prof. Borislawsky* directorul Oficiului de Orientare Profesională local, invitat de Societate. Ulterior, Societatea a rezervat o seară întreagă expunerii D-sale despre *technica de orientare profesională* cu demonstraţii la diverse aparate cu care se obţine:

— teste pentru depistarea funcţiilor sufleteşti.
— teste pentru depistarea aptitudinilor.
— examenul caracterologic.

Concluziile laboratorului nu au însă un caracter obligator cum constată cu regret D-l Prof. Borislawsky.

D-l *D. Mihăescu* ne-a prezentat o delicată problemă de *medicină legală:* stabilirea responsabilităţii într'un avort executat în 1945 şi urmat de exitus. Pacienta fusese internată în două spitale diferite se făcuseră manevre intrauterine de doui medici iar dosarul fusese trimis pentru rezolvare din alt judeţ din ţară la Tribunalul Prahova. Chestiunea era cu atât mai dificilă cu cât foile de observaţie şi constatarea necropsică prezentau unele lacune voite sau adăugiri contradictorii.

D-nii *Păcescu* şi *Calderimi* au prezentat o pacientă cu *lupus eritematos asociat cu tuberculide papulo-necrotice* rămânând ca desvoltarea să fie făcută într'o şedinţă ulterioară.

Conform cap. II din Statut care fixează scopul Societăţii: „Pro-

movarea activităţii ştiinţifice a medicilor din jud. Prahova, Societatea noastră s'a mărginit la această activitate unde trebue să domnească colaborarea fără constrângere, obiectivitatea şi absenţa oricărei pasiuni streine de domeniul ştiinţific.

N'a avut preocupări profesionale lăsând acest domeniu în grija altei organizaţii, ca Sindicatul Medicilor, care are scopuri şi mijloace cu totul diferite.

Putem spune că şedinţele au fost urmărite cu oarecare interes, dacă nu de un număr prea mare de membri, cel puţin de un număr rămas mereu credincios.

Am luat notă cu satisfacţie că au fost colegi cari au declarat că regretă că preocupări de altă natură i-au ocupat în aşa măsură, încât au fost lipsiţi de această hrană sufletească, reprezentată de comunicările, discuţiile şi atmosfera din societatea noastră.

Regretul nostru a fost mare că n'am putut satisface cererea de a schimba ziua de comunicări, întrucât oricare ar fi fost soluţia adoptată în mod fatal ar fi fost colegi cari ar fi lipsit într'o zi sau alta a săptămânii.

Sperăm că Societatea noastră va continua să funcţioneze în şi mai bune condiţiuni şi că din două în două săptămâni, oricare din noi vom găsi două ore libere în care să ne întâlnim într'un mediu mai senin şi în afara preocupărilor şi necazurilor profesionale cotidiane.

In felul acesta, societatea se va maturiza şi îşi va păstra mai departe caracterul său din Societate pur ştiinţifică va constitui poate un exemplu pentru alte profesiuni libere care, după conştiinţa noastră nu au asociaţii similare în Ploeşti.

Deocamdată ea reprezintă un cerc unde colegi cu diferite vederi se pot întâlni şi pot discuta numai medicină.

Li urăm să cunoască şi să înflorească, păstrându-şi individualitatea pe care i-o conferă legile.

LITIAZA GASTRICĂ DE NATURĂ CALCARO-HEMATICĂ

NOTĂ

de

D-r M. CÂNCIULESCU şi **D-r chimist M. N. MOGOŞ**

Un pacient, vechi ulceros duodenal, care a prezentat la intervale moelena şi în ultimul timp hematemeze, varsă la un moment dat nişte corpi străini, sub forma de granule şi câteva tablete în grosime de câţiva milimetri, mai mult sau mai puţin regulate cari dau impresia că s-au format pe loc de culoarea neagră a cărbunelui, aspect poros, friabile. Bolnavul cu ocazia ultimei hematemeze însoţită de scaune negre, ingerase timp de câteva zile o soluţie de calciu în picături şi băuse câte

puţin lapte dulce înlocuit cu iaurt în ultimele 2-3 zile. In vărsăturile acide provocate a expulzat aceşti corpi al căror **Buletin de analiză** prezentăm:

BULETIN DE ANALIZE

Vomismente — Corpi străini vomaţi — (de aspectul cărbunelui medicinal)

Examenul chimic al corpilor solizi vomaţi:

1. Fibrină = 38.00 ‰. — Normal: 6.00 — 7.00 ‰ în sânge total
2. Potasiu = 1,90 ‰. — Normal: 0,16 — 0,18 ‰ în ser
3. Natriu = 1,20 ‰. — Normal: 1,70 — 2.00 ‰ în sânge total
4. Ferul = 0,70 ‰. — Normal: 0,40 — 0,40—0,50 ‰ în sânge total
5. Calciu = 538 mgr. ‰ — Normal: 100 mgr. ‰ în ser
6. Chlorul = 9,80 ‰ — Normal: 4.50 — 5.00 ‰ în sânge total
7. Bromul = 12 mgr. ‰ — Normal: 0,10 ‰ în ser
8. Sulful = 0,29 ‰ — Normal: 0,10 — 0,12 ‰ în ser

Concluzii: — Din datele de mai sus, rezultă că substanţele chimice dozate, sunt acelea ale sângelui.

Făcând şi reacţia Weber-P. Mounier, s'a obţinut o culoare albastră, demonstrând şi pe această cale prezenţa sângelui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din ziua doua bolnavul a prezentat un sindrom peritoneal acut care trăda o perforaţie. Vom reveni cu date mai ample asupra întrepretării patogenice a formării acestor calculi gastrici.

Centrul de ocrotire al copiilor — Tg. Mureş

DESTINUL COPIILOR OCROTIŢI

de

D-r D. MILOTA
medic primar director

In toate timpurile şi peste tot, indiferent de starea economică a ţărilor, au fost şi sunt încă şi azi copii cari dintr'un motiv sau altul, au rămas pe stradă, deci fără niciun sprijin moral şi material. Dar numărul acestor copii s'a mărit şi s'a pus încă de multă vreme problema ocrotirii acestor „copii ai nimănui", în cadrele unui Institut special, asigurându-le desvoltarea fizică, morală şi intelectuală. Fără această operă caritabilo-socială, ce ar deveni aceşti copii absolut nevinovaţi de soarta lor, colindând străzile, dacă nu nişte tarăţi huiduiţi ai societăţii?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ceea ce a forţat societatea să păşească la înfiinţarea operei de ocrotire a copiilor, a fost fără îndoială marele număr de copii sugari, găsiţi prin şanţurile străzilor, uşile bisericilor, prin gări, trenuri, etc. Desigur că, la început mecanismul — am putea spune — ocrotirii copiilor sugari, în Institute speciale, fiind necunoscut, brevetarea lui a costat multe vieţi de sugari, şi a dat mult de gândit puericultorilor de atunci şi chiar celor de azi.

Astăzi, când notele caracteristice ale sistemului de ocrotire al copiilor prin Institute cu ocrotire închisă este destul de bine pus la punct, urmează partea a doua a acestei frumoase opere sociale şi anume perfecţionarea traseului pe care trebue să-l urmeze aceşti copii în viaţă. Asigurându-le desvoltarea fizică, neglijând pe cea morală şi intelectuală, nu am făcut prea mult.

Aceşti copii dependenţi scapă prin forţa legii, la vârsta de 16 ani de Institut, şi deci dela aceste vârste dispune el singur de el, ceea ce înseamnă că aceşti copii dependenţi devin la vârsta de 16 ani majori. Cum, tocmai cei mai oropsiţi copii ai ţării capătă această autonomie la periculoasa vârstă de 16 ani?

Iată cea mai slabă verigă a operei de ocrotire a copiilor. Sunt oare aceşti copii pregătiţi şi destul de bine înarmaţi pentru a putea să înfrunte valurile grele ale vieţii, la frageda vârstă de 16 ani?

Nu! Atunci?...

Majoritatea dintre ei sunt sau trebue să devie slugi!

Cum? Centrele de ocrotire sunt creiate pentru a creşte slugi??...

Caracteristica unei instituţii şi a oricărej întreprinderi este dictată de majoritatea acţiunilor ei.

Oare aceşti copii să nu fie buni decât pentru a fi slugi?? Nu!

Nu, pentrucă şi între ei sunt destui dotaţi cu o minte ageră şi cu aplicaţiuni pentru diferite profesiuni şi meserii onorabile.

Dacă este aşa, atunci de ce să nu încercăm a le da posibilitatea măcar celor apţi (fără limită!!) să-şi câştige o meserie fizică sau intelectuală, deci să-i dotăm cu o armă cât mai bună pentru a putea învinge mai uşor greutăţile vieţii?

Unde scrie că dacă a fost găsit într'un şanţ de stradă, el nu poate deveni un bun mecanic sau un bun medic, şi trebue neapărat să devie slugă?? De ce atâta nedreptate socială??

Să dăm posibilitatea tuturor copiilor, indiferent de origina lor, să ajungă la poarta de încercare şi să treacă prin ea fiecare potrivit calităţilor şi muncii depuse, indiferent cum îl chiamă şi dacă s'a născut în puf sau dacă a fost găsit într'un şanţ de stradă!!

De aceea se impune să dăm posibilitatea tuturor copiilor să înveţe carte în cele mai bune condiţiuni, căci dotându-i cu această nobilă armă, vor putea lua mai uşor cunoştinţă de toate compartimentele vieţii şi deci se vor putea mai uşor decide pe care drum trebue să meargă. Să dăm jos ochelarii negri de pe ochii copiilor dependenţi şi să-i lăsăm şi chiar să-i ajutăm să vadă viaţa la fel cu ceilalţi copii ai Ţării!!

Acest drept îl au şi nu li-l poate lua nimeni fără a face o ilegalitate!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La Centrele noastre de ocrotire se constată următorul fenomen: Primăvara — când încep muncile agricole — nu avem copii câte cereri, iar toamna la îmbinarea ei cu iarna, nu avem suficiente locuri câte restituiri din colonii!! După ce i-au folosit toată primăvara şi toată vara şi urmează mai mult a-i hrăni decât folosi, îi restitue Institutului, invocând fel de fel de motive.

Aproape fiecare pretendent condiţionează vârsta de 12—16 ani, căci — desigur — are nevoe de slugă.

Selecţionarea pretendenţilor de foarte multe ori este aproape imposibilă, mai ales atunci când prezintă şi câte un bileţel de recomandaţie din partea primarului sau chiar a preotului. Centrele fiind atât de puţine, unul pentru cel puţin 4—5 judeţe, se înţelege ca cei din judeţele mai îndepărtate nu-şi pot permite luxul să vie în oraşul de reşedinţă al Centrului, numai pentru a-şi lua un copil dela Centru pentru a-l creşte. In scopul acesta, se înţelege că, cei mai frecvenţi solicitatori sunt cei din judeţul de reşedinţă şi tot ei sunt acei cari restitue mai frecvent copii luaţi. Controlul copiilor plasaţi în colonii, nu se poate face aşa cum ar trebui, fără a se dota fiecare Centru cu o maşină şi până când supraveghetoarele de colonii nu vor fi numite de către Minister, iar revizoarea de colonii nu va avea domiciliul în colonii. Astăzi, din lipsa îmbrăcămintei şi încălţămintei pe de o parte, iar pe de altă parte din cauza preţului exagerat al cărţilor şi recuizitelor şcolare, majoritatea copiilor plasaţi nu pot urma şcoala.

Pentru înlăturarea piedicilor cari stau în calea desvoltării armonioase a acestor copii, sub toate raporturile, propunem următoarele:

1. Copii dependenţi să fie ocrotiţi în viitor prin Centrele de ocrotire numai până la vârsta de 7 ani.

2. La vârsta de 7 ani împliniţi (vârsta şcolară), trec în cadrele Orfelinatului Central (câte unul în fiecare capitală de judeţ). Până la vârsta de 7 ani, predomină îngrijirea medicală, de aci înainte cea pedagogică. La această vârstă, copii neplasaţi trebue neapărat separaţi de cei sub 7 ani, căci au nevoie de linişte, de alţi prieteni şi deci de mijloace mai largi de educaţie, lucru pe care nu-l poate asigura Centrul de ocrotire. Vârsta de 7 ani este prima răscruce la care ajunge omul în viaţă! Aceşti copii trebue să înveţe carte în mijlocul celorlalţi copii dela care pot şi trebue să înveţe multe lucruri bune, căci ei nu au o inimă de mamă care să vibreze la felul cum decurge educaţia lor.

Aceasta este epoca în care se leagă prietenii pentru toată viaţa şi credem că nimeni mai mult decât aceşti copii nu are nevoie de o prietenie mai sinceră decât ei. Adesea este singurul lor sprijin în viaţă. Prin prieteniile legate au ocazie de a intra în sânul diferitelor familii şi deci să cunoască practic punctele de orientare ale aşa zisei bune cuvinţe.

3. Orfelinatele vor fi conduse de către o profesoară numită dintre dele mai distinse profesoare din localitate, drept directoarea orfelinatului.

4. In cadrele acestor orfelinate vor rămâne până la terminarea cursului primar (copii neplasaţi în colonii până la începutul anului şcolar).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5. Copii dotaţi şi silitori la terminarea a 4 clase, vor fi înscrişi în şcolile secundare şi vor trece în internatele acelor şcoli.

6. Ceilalţi, la terminarea cursului primar vor fi daţi la diferite meserii (după aptitudini şi preferinţe).

7. In fiecare cămin de ucenici să fie rezervate acestor copii 30-50%, din locuri.

8. Cei cari nu pot termina nici măar 4 caase primare sau cu mare greutate, dar sunt valizi, fizic şi mintal, vor fi angajaţi la vârsta corespunzătoare de diferite fabrici şi întrepinderi, pentru ca astfel să li se asigure şi lor o existenţă în mod onorabil.

9. La plasarea copiilor în colonii, să se facă în mod obligatoriu o anchetă amănunţită, căutând a se afla motivul pentru care solicită un copil din centru sau orfelinat şi să fie refuzaţi categoric aceia cari doresc a-i folosi drept slugă!

10. Autorităţile comunelor să fie obligate ca şi ele să vegheze asupra felului cum sunt folosiţi aceşti copii ai Ţării.

Propunerile acestea îndeplinite ar avea darul de a schimba radical soarta acestor copii, ar uşura mult munca şi activitatea Centrelor, iar personal am avea conştiinţa împăcată că ne-am făcut datoria.

DERMATO-VENEROLOGIA IN LUMINA NOILOR CUNOŞTIINŢE*)

de

Dr. EMIL I. BOLOGA
Policlinica de Stat Braşov

Separaţi prin răsboiul abia trecut, de progresele săvârşite în toate domeniile medicinei de către Statele mari din Apus, ne parvin astăzi în zorile păcii, revistele şi tratatele publicate în acest timp, care aduc cu ele o seamă de noi cunoştiinţe clinico-terapeutice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Răsfoindu-le, m'am gândit că poate ele nu au putut parveni tuturor medicilor din ţară şi de aceea am crezut util ca să înfăţişez aci într'o punere la punct rezumativă achiziţiile noui pe câmpul dermato-venerologiei, dorind ca ele să fie cunoscute cu un ceas înainte de către acei colegi cărora încă nu le-au căzut în mână.

Disparate şi fără ca să aibă vreo legătură nosologică sau terapeutică ele vor trebui primite aşa cum au parvenit celui care scrie aceste rânduri, fiind considerate ca mici capitole fără legătură, care subliniază numai nota nouă alăturată afecţiunei respective.

* * *

I. Cardiazolul în dermatologie.

După autorii francezi cardiazolul, acest tonic vascular central şi-ar găsi indicaţia terapeutică într'o seamă de afecţiuni cutanate.

Plecând dela faptul cunoscut, că acest medicament în acţiunea pe care o manifestă asupra sistemului nervos central, produce o întrerupere a marilor circuite nervoase conştiente voluntare şi mintale, el face posibilă excitarea independentă de

*) Lucrare primită la redacţie la 10 Ian. 1947.

orice impulsiune corticală a centrilor inferiori şi a terminaţiunilor periferice. Astfel, prin cardiazol s'ar putea ajunge la o împiedicare în ajungerea la conştient a unor excitaţiuni sensibile periferice, cum ar fi de ex. durerile localizate la nivelul pielei sau pruritul.

Cardiazolul bine tolerat de ţesuturi poate fi administrat în injecţii intravenoase, intramusculare sau pe cale bucală. Efectul şi eliminarea se produc rapid, putând fi administrat la intervale mici de timp. Administrat astfel, cardiazolul nu duce la efecte toxice, acumulare sau fenomene secundare oarecare.

Aplicând doza de 10—20 centigrame, pericolul acţiunei sale convulsivante este înlăturat, acesta survenind numai în cazul administrării rapide şi intravenoase a unei cantităţi de 0,50 gr. Copiii suportă de asemenea foarte bine acest medicament. Bolnavul după ce a primit injecţia este cuprins de o stare de uşoară somnolenţă.

Autorii descriu 3 tipuri de tratament.

a) **de asalt** (intens dar scurt) aplicabil de ex. în caz de prurit. Acesta constă în a face zilnic o injecţie (10—20 ctg.) timp de 5 zile consecutive şi paralel din 3 în 3 ore în timpul zilei 1—3 comprimate de 10 ctg.

b) **un tratament prelungit** (indicat în ulcerele crurale) prin injecţii intramusculare de 10—20 ctg. tot la 2 zile, în total 10—15 injecţii.

c) **un tratament de urgenţă** (indicat în accidente consecutive chimioterapiei) dând bolnavului 10—20 gr. în 12—24 ore.

Tratamentul de asalt are o acţiune antipruriginoasă remarcabilă care survine 10—20 ore după injecţie. Un tratament de 4—5 zile este deobiceiu suficient. Medicamentul calmează de asemenea şi durerea cutanată (durerile nevralgice din zonă, ulcerile trofice ale gambei, sau în caz de combustii).

In dermatozele pruriginoase efectele sunt simptomatice, făcând să dispară pruritul în eczemă şi înlăturând astfel efectele de grataj.

In dermitele artificiale rezultatele sunt surprinzătoare dacă concomitent se înlătură substanţa sensibilizatoare, local limitându-se la pulverizaţii cu ser fiziologic.

In urticaria cronică rezultatele sunt deasemenea bune, tratamentul de asalt durând 8—10 zile. Rezultate similare se obţin în edem Ouincke, accidente serice şi strofulus.

Pruritul ano-scrotal sau ano-vulvar, neurodermitele şi lichenificaţiile difuze reprezintă o indicaţiune majoră.

Printre alte indicaţiuni autorii amintesc apoi ulcerul gambei, plăgile atonee, pelada, vitiligo, stările de intoleranţă faţă de arsenic şi însăşi apoplexia seroasă în care se va da cardiazolul în doze mijlocii din sfert în sfert de oră, timp de mai multe ore.

Iată astfel arsenalul dermatologic îmbogăţit cu un medicament nou care dă speranţe într'o serie de afecţiuni cutanate puţin influenţate prin tratamentele clasice.

Am încercat acest tratament cu succes în câteva cazuri, care vor fi publicate separat la timpul său.

II. Tratamentul impetigoului contagios şi al furunculozei prin autovaccin administrat pe cale intradermică.

Tratamentul acestei dermatoze infantile, dacă se vindecă uşor în mediul spitalicesc, devine uneori desesperant când trebue făcut în familie.

Autorii publică o nouă metodă de tratament a acestei afecţiuni care constă în următoarele:

Cu o ansă de platină se recoltează puroi de sub o crustă oarecare şi se însămânţează în 4 tuburi cu geloză simplă. După 48 ore, la o temperatură de 37⁰, tuburile sunt examinate. A doua sau a treia zi se observă de obiceiu colonii de stafilococ aureu şi de streptococi (în unele cazuri numai aceştia din urmă). Se alege un tub de colonii bine distincte şi se varsă în el 10 cc. ser fiziologic, se agită şi conţinutul se varsă într'un alt recipient steril pe care îl încălzim 30 minute la baia marină la 100⁰.

Se începe apoi administrarea acestui conţinut făcând tot la 5 zile o injecţie intradermică în doză de 0,1—0,2 cc. vaccin, în regiunea antebraţului. Se produce o reacţiune locală. Rezultatele se obţin deja dela a doua la a treia injecţie şi se traduc prin uscarea leziunilor şi căderea crustelor. Imunitatea astfel obţinută ar avea o durată medie de un an. Rezultatele sunt similare şi în caz de furunculoză.

III. O asociaţie bismuto-penicilinică în tratamentul sifilisului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bazaţi pe o sinergie a activităţii curative, Levaditi şi colab. prin experienţe pe iepuri sifilizaţi, observă o acţiune mult superioară a acestei asociaţii, decât în cazul când componentele ei sunt administrate separat.

Autorii au asociat bivatoului, eterul metilic al penicilinei, perfect liposolubil şi care conţine 30.000 u. o. pe cc.

Un cm.³ al acestei asociaţii conţine 30.000 u. o. penicilină şi 0,01 gr. bismut. Se administrează zilnic o injecţie de 2 cc. timp de 15 zile, aceasta reprezentând prima serie. Repaos de 7 zile, apoi o serie similară primei. Un nou repaus de 7 zile şi începerea seriei a treia. Apoi examen microbiologic, chimic şi serologic.

In sifilisul primar se recomandă doza de 2.700.000 u. penicilină, plus 90 ctgr. bismut, repartizate în 3 serii.

Treponemele dispar în primele 24 ore până la 3 zile iar cicatrizarea sifilomului survine 3—13 zile după începerea tratamentului. In cazurile sero-negative, reacţiile s'au menţinut astfel, iar cele pozitive s'au negativat după 37—95 zile. Nicio recidivă nu a fost observată.

Cunoscând aporturile mari aduse în terapeutica sifilisului de acest mare savant român (Levaditi), putem spera că această nouă medicaţie va trece cu bine şi peste proba timpului, care în materie de sifilis constituę, putem spune, proba definitivării.

IV. Tratamentul cu violet de genţiană al pruritului localizat.

Cazurile de prurit localizat, mai ales vulvar sau anal, au

reprezentat întotdeauna un coşmar atât pentru pacient cât şi pentru dermatologul curant.

Autorul având în tratament o femeie cu oxiuroză şi prurit perianal intens, administrează violetul de genţiană per os (oxyuryl) cu scopul de a elimina şi distruge parazitul intestinal şi pe lângă aceasta în loc de alifia mercurială clasică, aplică un badijonaj local cu substanţă colorată. Autorul face astfel o terapeutică internă şi externă cu acelaşi medicament. După un timp de 2—3 zile, pruritul se ameliorează simţitor. Preparatul acesta fusese utilizat în America de către Sutton contra grupului monilia, în aplicaţiuni zilnice dintr'o soluţie de 2%.

Chedru aplică în fiecare seară o uncţie cu soluţie violet de genţiană 2%, lasă să se usuce şi apoi aplică în continuare o badijonare cu MnO4K 1/3000.

Prin acest tratament, publică un număr de 5 observaţiuni, toate încununate de succesul terapeutic aplicat.

V. **Tratamentul cu xylol al pediculozei.**

Starea economică produsă de răsboi precum şi aceia de higienă personală, face ca numărul cazurilor de pediculoză să fie într'o continuă creştere la consultaţiunile dermatologice. La femei creiază o dificultate a unei terapeutici active, credem care acuză un prurit la nivelul cefei. Deoarece părul lung la eşecul terapeutic era obişnuit prin terapeutica dermatologică, necesar să reactualizăm tratamentul vulgarizat de Sabouraud, care pe lângă că este uşor de efectuat din partea bolnavului, mai are meritele de a fi prompt în eficacitate şi ieftin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Recomandăm celui interesat să aplice în fiecre seară, şuviţă cu şuviţă şi cu ajutorul unei bucăţi de tifon, din următoarea soluţie: xylol 50 gtt., oleu de vaselină 50 cc. Aplicaţia se va face 3—5 zile fiind urmată. în fiecare dimineaţă de o spălare pe cap cu săpun şi pieptănare cu pieptănul trecut prin apă cu oţet.

In câteva zile vom obţine distrugerea paraziţilor cât şi dispariţia lindinelor.

VI. **Pemfigusul acut febril tratat cu penicilină.**

In şedinţa din 8 Mai 1946, a Societăţii franceze de dermato-sifiligrafie, printre alte multe probleme desbătute, merită a fi menţionată comunicarea lui Margarot şi colab. care au tratat cu penicilină două bolnave care prezentau pemfigus acut febril grav sulfamido-rezistent. Autorii au obţinut o vindecare rapidă în primul caz cu o doză de 1 milion u. o., iar în al

Se prezintă de obiceiu femei din societatea chiar înstărită doilea cu 3 milioane u. o.

Cazurile sunt interesante deoarece ele susţin teoria infecţioasă a pemfigusului acut febril şi pe de altă parte deoarece antepenicilinică.

Cu aceiaşi ocazie Civatte şi Tzanck prezintă societăţii un copil de 2 ani bolnav de maladia lui Duhring şi vindecat într'un timp foarte scurt prin penicilino-terapie (doza aplicată nu este menţionată).

VII. Despre **etio-patogenia melanozei Riehl.**

Bolgert, pe un număr de 39 cazuri, găseşte turburările digestive în 29 cazuri şi obţine o ameliorare şi vindecare în 12 cazuri din 15, printr'o terapeutică digestivă.

În concluzie autorul crede că în toate cazurile de melanoză evolutivă, ar exista o hipersecreţie a hormonului melanotic hipofizar. La originea maladiei trebueşte căutat un dezechilibru alimentar cu resorbţia prin intestin a unor substanţe pigmentogene care exercită o acţiune directă asupra pielei şi una indirectă pe calea unui mecanism diencefalo-hipofizar.

VIII. **Tratamentul tuberculozei cutanate cu vitamină D.**

Dermatologul francez Charpy plecând dela acţiunea terapeutică cunoscută a helioterapiei în tratamentul lupusului, după metoda elveţianului Rollier, ajunge la concluzia că această insolaţie prelungită nu poate duce la fabricarea unei cantităţi suficiente de vitamină D. pe contul sterolilor conţinuţi de piele. De aceia autorul se întreabă dacă nu s'ar putea ajunge la rezultate similare prin administrarea de doze masive de vitamină D2 bolnavilor lupici.

In Iulie 1943 el publică deja 27 cazuri de lupus vindecate prin această metodă. In mecanismul de vindecare nu intervine o calcifiere a leziunilor (pe care autorul de altfel o evită) şi nici o modificare produsă în metabolismul calcic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul constă în administrarea pe cale bucală a vitaminei D_2 pură, într'o soluţie alcoolică şi în doze masive la început, date regulat şi un timp suficient de lung, ca durată. In prima săptămână el dă 3 doze de „Sterogyl 15" şi câte 2 doze în cele 3 săptămâni următoare, apoi 1 doză săptămânală în lunile următoare timp de 1 an. In timpul acestui tratament, bolnavul va consuma zilnic $1/2$—$3/4$ litri de lapte sau 50 ctg. gluconat de calciu zilnic.

Regimul alimentar va fi bogat în vegetale şi fructe crude şi modest în carne (cea de porc şi grăsimile fiind interzise). Sarea în cantitate mică, de 2—3 ori pe săptămână, regimul fiind complect declorurat. Plimbări în aer liber cât mai de lungă durată.

Prin acest tratament autorul obţine vindecarea în răstimp de câteva luni. Lupomii care persistă, după un tratament de 4—6 luni vor fi diatermo-coagulaţi.

Leziunile mucoase endo-nasale se bucură de o aceiaşi influenţare din partea tratamentului.

Lupusul va avea şanse de vindecare cu atât mai mari cu cât cutireacţia tuberculinică se arată mai intensă.

Vindecarea a fost verificată şi prin biopsie şi bolnavii ţinuţi în observaţie timp de 3—4 ani (recidivă numai în cinci cazuri).

Rezultatele au fost mediocre în cazurile de tuberculide papulo-necrotice, eritem indurat şi psoriază, şi nule în lupusul eritematos.

Autorii care au verificat tratamentul lui Charpy, au obţinut vindecarea în 70% din cazuri.

In ceiace priveşte mecanismul acestui tratament, Charpy crede că s'ar efectua prin creierea unei stări persistente de acidoză tisulară, care ar favoriza sterilizarea şi vindecarea leziunilor tuberculoase.

IX. **Podofilina în tratamentul papilomelor veneriene.**

Papilomele veneriene, cu toată benignitatea lor, fiind caracterizate printr'o tendinţă la recidive şi bolnavii refuzând electro-coagularea sau galvano-cauterizarea, reprezintă uneori cazuri dificile în ceeace priveşte tratamentul.

Un autor francez (P. J. Michel) întrebuinţează o terapeutică simplă, nedureroasă şi eficace, aplicând local o emulsie (1/4) în oleu de vaselină sau parafină, de rădăcină de podofilină (produs extras dintr'o plantă exotică cu proprietăţi laxative şi colagoge). După ce face toaleta leziunilor prin ştergerea secreţiei purulente, aplică local o mică meşă îmbibată cu emulsie de podofilină. In caz de vegetaţii endouretrale introduce câteva picături din emulsie în meat. După un interval de 6 ore, bolnavul se va spăla cu săpun şi va pudra cu talc. Dacă aplicare a fost făcută vaginal, va face o spălătură după acest răstimp.

A doua zi se observă un eritem însoţit de uşoare usturimi şi prurit, căruia îi urmează apoi o descuamaţie care ia cu sine papilomele. După 5—7 zile în cele mai multe cazuri nu se mai observă nicio urmă de vegetaţii.

Acest tratament nu pune pe bolnav la adăpostul eventualelor recidive.

Digitized by Romanian Academy Library

Totuşi simplitatea şi indolenţa acestui tratament îi dă dreptul de a fi menţionat şi încercat în terapeutica venerologică.

X. **Penicilina în suspensiune oleioasă.**

Resorbţia şi eliminarea rapidă a penicilinei face necesară injectarea ei la intervale mici de timp (2—3 ore) pentru a se putea astfel obţine o concentraţie sanguină constantă şi activă asupra agenţilor patogeni în cauză. Este desigur un mare desavantaj al acestui nou medicament, care creiază, dificultăţi în practica terapeutică atât pentru bolnav cât şi pentru medic.

Plecând dela aceste considerente o seamă de cercetatori s'au gândit la posibilitatea găsirei unui vehicul care să permită o resorbţie mai lentă şi continuă şi acesta a fost găsit în soluţiile oleioase. Se întrebuinţează o soluţie 3% de lanolină în uleu de olive, neutralizată şi sterilizată 1/2 oră la 120°, în care apoi se înocrporează 100.000 u. o. în 5 cc. excipient. Fiolele se păstrează apoi la ghiaţă.

Eficacitatea penicilinei oleioase a fost confirmată şi în vitro şi în vivo, fiind aceiaşi ca şi pentru cea hidrosolubilă. Pe de altă parte rezultatele lui Kirby au demonstrat că menţinerea penicilinei un timp atât de îndelungat la temperatura corpului (durata lungă de resorbţie deci) nu-i produce niciun prejudiciu.

Cunoaşterea acestui fel de a administra penicilina o credem utilă deoarece simplifică tratamentul făcându-l ambulatoric. Se tinde a se da iniţial doze mari şi singulare care prin resorbţie lentă vor asigura o concentraţie constantă în sânge.

MEDICI, ARTIŞTI IN PROZA LITERARA

de

D-r S IRIMESCU

E mai greu de a face proză bună decât poezie bună. Poezia cu ritmul şi rimele ei e un cântec înstrunat pe coardele sufletului omenesc. Când prin sensibilitatea lor, unii oameni vibrează puternic la impresiile venite din afară ajung fără să-şi dea seama să fie poeţi. **Ovidiu** spunea că tot ce încerca să exprime devenea vers: **quidquid tentabam dicere versus erat.**

Biblioteca Universitară "Iaşi" / Digitized by Romanian Academy

Aezii vechi nu cunoşteau regulele prozodiei, cum nu le cunoşteau nici trubadurii evului mediu şi şi-au plimbat totuşi lira de-a-lungul veacurilor pentru fapte eroice şi sub ferestrele iubitelor cu arii care au răsunat ca fanfare sau duios şi tandru, rămânând multe din ele păstrate pentru totdeauna în memoria oamenilor. Autorii anonimi ai Mioriţei au putut da baladei lor adâncuri de mari înţelesuri fără ca acestea să fi fost calculate, provocate numai din tumulturi sufleteşti care-i sbuciumau.

Pentru proză, spontaneitatea e mai rară. Cei ce aştern pe hârtie tot ce le trece prin minte fac şi ei ca un personagiu — **Jourdain** — din piesele lui **Molière,** — proză fără să cunoască înţelesul acestui termen, înşirând banalităţi şi nerozii. Oricare ar fi titlurile de care se prevalează, locul acestei proze nu e decât la revistele umoristice, sau în pamfletele care o ridiculizează pentru pretenţiile celor ce au comis-o.

Se poate însă întâmpla şi pentru proză ceeace se petrece pentru poezie. Când sentimente le răscolesc firea şi nu mai pot fi stăpânite sunt oameni care simt nevoia să le comunice şi altora. Chiar dacă nu e alcătuită cu grije, când cei ce sunt autorii ei şi-au cultivat mintea prin cunoştinţe întinse, meşteşugul întocmirei prozei poate atinge culmi de artă superioară. Rămân astfel, în urma lor pagine cu valoare de eternitate, fără să fi fost plănuite cu veleităţi de durată.

Sunt isbucniri vulcanice, explozii temperamentale prea ve-

hemente ca să mai poată fi înăbușite. In literatură s'au ivit manifestări de acest fel și au fost înregistrate, unele din ele ca desăvârșite capodopere sub forma de efuzii lirice și sentimentale, de jurnale de autoanalize psihologice.

Pe un alt plan decât cel al unor pasiuni proprii, un altruism larg poate lua înfățișări de înfăptuiri literare. Când profeții vechiului testament au dat curs în termeni de mare elocință, revoltei lor contra nedreptăților vremei, anatemele acestea au devenit opere care și astăzi sunt apreciate că au o valoare de acerbă vindictă socială.

Tot așa poemele în proză ale lui **Francisc de Assisi,** pe care **Giotto** l-a zugrăvit în extaze, în frescele lui celebre cuprinzând în acele Fioretti de un așa mare farmec, ce fervori de iubire pentrru toți, oameni, animale, plante, flori, predicele lui **Vincent de Paul,** pentru a nu cita decât pe cei mai tipici din sfinții canonizați, au străbătut secolele și se citesc și acum păstrându-și suflul de mare umanitate.

Sunt și sfinți laici de același înalt nivel etic al căror nume este aureolat de un nimb de cea mai curată glorie.

Și cine oare mai mult decât medicii când reușesc să-și împace îndeletnicirile pentru alinarea suferințelor celor pe care boala îi lovește, cu un aport de contribuții literare ca să amplifice aceste îndeletniciri ar putea corespunde mai bine acestei meniri!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ar fi de întreprins o cercetare care ar comporta multe desvoltări pentru a scoate din literatura medicală, cea de o reală valoare pasagii din care să reiasă că marii medici pot să fie și artiști, utilizând cu aceiași îndemânare condeiul de scriitor ca și bisturiul de chirurg sau mijloacele de explorare ale funcțiunilor organismului omenesc. Cei ce cunosc istoria medicinei în etapele pe care le-a parcurs, au putut să constate că, medici iluștri au strălucit prin știința lor dar și prin felul cum o făceau cunoscută contemporanilor.

Un **Hippocrate,** un **Galen,** un **Paracels,** un **Boerhaave** — acesta atât de renumit încât scrisorile care i se trimiteau din toate părțile lumei pe adresa Boerhaave, Europa ajungeau la destinație în mica lui patrie (Olanda) — și atâția alții, și ai vremei lor sunt și luceafări pentru toate timpurile. De numele lor se leagă sentințe pe care au știut să le formuleze lapidar în termeni cari sunt și acum de actualitate în laconismul lor.

Pentru timpurile mai noui, **Nothnagel,** patolog și terapeut de mare clasă a rămas în memoria publicului mai mult printr'o broșură de câteva pagine, **Sterben** (a muri) decât prin opera lui medicală deși atât de importantă.

Dizertațiile asupra morții, în genul dialogurilor lui **Platon** l-au făcut să fie apreciat ca un mare umanist.

Tot astfel, numele lui **Billroth,** operator celebru, șef de școală la facultatea de medicină din Viena, este reținut în amintirea oamenilor prin **Jurnalul** lui a cărui faimă a depășit

pe cea a publicaţiilor sale de caracter pur ştiinţific şi medical.

Cărţi docte şi savante, abundând în date şi fapte, dacă nu sunt animate de un suflu de umanitate care le dă viaţă şi aripe riscă să rămână de multe ori îngropate în arhive.

Oamenii trăiesc şi după moarte prin ceeace au făcut în viaţă ca împliniri pentru comunitate când au ştiut s'o înţeleagă şi să participe la năzuinţele şi aspiraţiile ei.

Implinirile acestea reies din opera lor scrisă cu fondul ei de avânturi şi entuziasme pentru interese colective, dar se pot evidenţia şi din cea vorbită ca a unor alţi Socrate pe care elevii şi admiratorii lor o transmit cu pietate şi evlavie închinându-le un adevărat cult.

Din prisosul marilor lor însuşiri, slova scrisă nu le e deajuns. Tumultul care-i sbuciumă cere şi alte căi de exteriorizare şi pe acestea le găsesc în prelegeri. Cei ce asistă la ele le comunică şi altora ce n'au avut prilejuri să le asculte şi astfel ele circulă în grupuri cât mai largi. Fără să fie imprimate dobândesc o valoare identică cu cele tipărite. Prin modul cum erau concepute rămân gravate aproape literă cu literă în memoria contemporanilor şi pot să treacă şi la posteritate.

In Franţa, un **Bichat,** marele anatomo-patolog, un **Laennec,** clinicianul ilustru care a descoperit ascultaţia, au făcut şcoală prin felul cum îşi propovăduiau oral cursurile, opera lor scrisă din cauză că au murit tineri, neputându-se realiza decât fragmentar.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj / Central University Library Cluj

La noi, se poate cita, în aceeaşi ordine de idei pe **Cantacuzino,** pe **Rainer,** pentru a nu vorbi decât de cei dispăruţi: Tradiţia aceasta de înaltă etică didactică este continuată de cei în viaţă, **Parhon, Daniielopol, Ionescu-Mihăeşti, Ciucă.** Biologişti de mare valoare în afară de publicaţii, opere de ştiinţă şi conştiinţă, ei au rămas în amintirea celor ce au avut norocul să-i cunoască şi să-i apropie prin farmecul personalităţii lor. Atmosfera de umanism şi umanitarism produsă în jurul lor a fost factorul cel mai de seamă care a făcut din ei mari şefi de şcoală.

Tema aceasta asupra medicilor care au ştiut să îmbine calităţi de suflet şi de ştiinţă condensate în producţii care au şi o înaltă ţinută literară e prea vastă ca să fie nici chiar enunţată complect într'un simplu articol de revistă.

Notaţiile lor sunt de mult interes, conţinând în ele relaţii asupra moravurilor vremei, în legătură nu numai cu stările sanitare dar şi cu cele economice şi sociale.

Deocamdată mă mulţumesc cu o evocare fugitivă şi sumară a personalităţii lor deoarece prezintă destul interes ca să fie reliefată.

Ca şi **Cehov,** în Rusia, medic care practica în mediul rural şi cunoscându-i păsurile şi nevoile le-a descris cu un talent care face din el un mare literat, au fost şi la noi medici care au reuşit să se facă cunoscuţi şi pe teren literar: **Basarabeanu,**

Stâncă şi mai cu deosebire **Ulieru** care prin **Jurnalul** lui postum de adâncă satiră socială s'a revelat ca un scriitor de mare talent.

Intr'o schiţă anterioară am relevat că printre medici s'au aflat şi se află încă poeţi de mare talent. Unii dintre ei cumulează şi sunt şi prozatori de aceiaşi înaltă valoare. Astfel, **Magheru** a scris drame filozofice, **Saşa Pană,** sprintene articole şi cărţi relative la suprarealism. **Ion Talpă** (Titu Ionescu) **Virgil Monda, Enric Furtună, Emil, Dorian** romane, **Biberi** esseuri remarcabile care fac dovadă de o cultură multilaterală. **Aurel Baranca** se afirmă cu posibilităţi de colorist, în descrierea regiunilor ţării unde a practicat **Berghoff** prin scenariul unui film de o mare intensitate dramatică **Birman Bera** ca biograf al geniilor muzicale violonist şi el, virtuos al arcuşului etc. etc.

Intr'un alt articol voi căuta să scot din producţia lor artistică părţi care să evidenţieze calităţi de stil şi gândire înaltă.

EXCESE — CAZUISTICA.

de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. CÂNCIULESCU

Excese de zel. De zel medical. Care poate strica, ca tot ce sare dincolo. Chiar când are la bază bune intenţii.

Copil de 9 luni. Unicul la părinţi. Părinţi capabili de orice sacrificiu, când viaţa copilului este în pericol. Care odată trecut, se potolesc. Uită să plătească şi pe medicii cari i-au salvat viaţa. Să-i plătească băneşte. Sufleteşte le rămân datori până la moarte.

Copilul răcise. Ca să nu se despartă niciodată de el, pe un timp friguros de earnă, mama îl luase în trăsură până la un sat vecin. Temperament limfatic, contractează un guturaiu. Guturaiul prinde gâtul, se întinde la urechi şi se lasă în piept. Febră mare.

Cuprins de disperare, tatăl aleargă dupe medici. Aduce 6, 3 specialişti în boli de copii şi 3 în boli de nas, gât şi urechi. Dintre ceî mai reputaţi. Nu-i găsise pe toţi.

Medicii aleargă la chemare. Pe rând, dupe cum le-a venit. Rămân toţi. Când şi când se întâlnesc câte 2, 3. Niciodată toţi împreună. Par-că nici nu ştiau unul de altul. Fie-care prescrie şi dispune. Copilul este dus în oraş, la raze, la specialist eminent — să n'aibă ceva la plămâni şi să treacă neobservat. Intr'un serviciu de spital i se face punctie la şira spinării — pentru meningită.

Radioscopia negativă. Punctia negativă. Penicilină. Una, două, trei. Intre timp, paracenteză a unui timpan. A celuilalt. Odată, de două ori.

Copilul rezistă. Febra continuă, în salturi. Pacientul trece dintr'o

(Urmare la pag. 362).

Necrolog

PROFESORUL CHARLES LENORMANT

de

D-r C. ADAMEȘTEANU

Personalitatea Prof. Ch. Lenormant devenise de multă vreme mondială, încât moartea lui în Martie 1948 nu constitue o pierdere numai pentru **chirurgia franceză.** Lenormant a fost nu numai un pionen din prima linie care prin puterea sa de pătrundere și prin muncă neobosită a desluşit multe adevăruri nebuloase dela marginea **disciplinei chirurgicale,** dar prin poziția pe care a ocupat-o în **publicistica medicală** franceză s'a dovedit un sârguitor și migălos colecționar de documente, idei și curente de chirurgie din lumea întreagă, pe care le-a difuzat și popularizat. Revistele conduse de el și răspândite pe tot globul, tratatele de tehnică, de patologie și de diagnostic chirurgical redijate de el și colaboratorii săi, tratate nelipsite din biblioteca orjcărui medic, fac ca numele lui Lenormant să fie tot aşa de bine cunoscut de lumea medicală românească ca și de cea din Franța. Din biroul lui dela Masson sau din serviciul lui dela Cochin, el se interesa cu simpatie de țara noastră, căci era un **prieten al românilor.** Iată pentruce se cuvine, ca la moartea lui, să ne oprim și noi o clipă.

Născut în 1875 dintr'o familie de intelectuali, își începe studiile medicale în 1894, urmând calea celor ce se dedică la Paris, carierei universitare. Pe deoparte își desăvârșește cunoștințele în anatomie, trecând prin treptele de aide d'anatomie și prosector, iar pe dealtă parte în ierarhia spitalicească trece prin externat, internat și clinicat.

Dotat cu o vie inteligență, putere de muncă și memorie fidelă, devine as al concursurilor. La vârsta de 30 de ani, lucru absolut excepțional, devine chirurgien des Hôpitaux la Paris. Ca unul ce poseda în cel mai înalt grad tehnica concursurilor, este chemat în biroul central, sub conducerea căruia se trec toate concursurile ierarhiei spitalicești. Poliglot pasionat își formează o vastă erudiție nu numai profesională, dar și filozofică, literară și istorică.

In 1908, împreună cu Cunéo, Gosset, Lecène și Proust, fondează **Journal de chirurgie,** cea mai complectă și răspândită revistă de specialitate, în care alături de articole originale deschizătoare de noui orizonturi, sunt re-

cenzate lucrările cele mai importante, apărute în cursul unei luni în literatura chirurgicală mondială. Timp de 40 de ani, numele lui a figurat pe frontispiciul acestei reviste, care constitue cartea de căpătâi a oricărui chirurg.

In afară de miile de **recenzii din revistele străine**, pe care le făcea cu un **necegalat spirit de sinteză, într'un stil ştiinţific simplu, strecurând discret şi o judicioasă apreciere asupra valorii lucrării**, Lenormant şi-a asumat la **Journal de chirurgie** şi sarcina de a face acele **articole de revistă generală**, în care punea la punct o problemă chirurgicală de actualitate, mult controversată. Aci s'a văzut mărele său bun simţ şi puterea sa de pătrundere, căci pe baza unor puţine documente furnizate de observatori din diverse ţări, el trasa un cadru nosografic pe care scurgerea timpului nu l-a schimbat în punctele esenţiale. Astfel, în 1909, scrie o monografie asupra **intervenţiilor chirurgicale în tbc. pulmonară** şi trasează indicaţiile principale ale ptx-ului artificial şi ale toracoplastiei. Urmează apoi memorii complecte asupra **hipertrofiei timusului, operaţia lui Freud în emfizemul pulmonar, atelectazia pulmonară post-operatorie**, etc..

Războiul din 1914 îl găseşte profesor agregat. Este încadrat ca şef al unei ambulanţe divizionare, unde se distinge prin curajul şi munca sa neobosită. Aci găseşte vast material pentru studiul diverselor probleme de chirurgie de război. Termină războiul ca chirurg consultant al unei Armate, în care calitate ia parte la conferinţele ştiinţifice interaliate şi redijează concluziunile în diversele probleme de chirurgie de război pe care serviciul sanitar aliat le transmitea ca directive chirurgilor de front.

După război, împreună cu Duval, Gosset, Proust şi Jeanbreau, publică un tratat de patologie chirurgicală în 4 volume, **„Agregaţii de chirurgie"**, tratat după care învaţă de 20 de ani şi studenţimea noastră.

Impreună cu Gosset şi Lecène, fondează o şcoală tehnică chirurgicală — **Ecole pratique** — care atrage la Paris, tineri chirurgi din lumea întreagă pentru perfecţionare. Cursurile ţinute la această şcoală le publică într'un Precis de technique opératoire în 4 volume: **„Prosectorii"**.

In 1924 este chemat în comitetul de direcţiune al celei mai răspândite reviste medicale din lume, cu un tiraj de 52.000 de exemplare: **„Presse Médicale"**. Numeroase manuscrise sosite din toate colţurile lumii bat la porţile acestei reviste ca să capete consacrarea în ştiinţă şi posteritate. Timp de 2 decenii, Lenormant a păstrat la această revistă rolul cel mai activ ca organizator, el face din **Presse Médicale** nu numai cea mai importantă revistă de medicină generală, dar prin recenziile articolelor, congreselor şi şedinţelor societăţilor savante, revista ajunge să oglindească întreaga mişcare medicală mondială.

Membru titular al Soc. Naţ. din Paris încă din 1913, el devine secretarul ei general din 1925—1929, iar în 1931 este ales Prezidentul acestui înalt for al Chirurgiei. In afară de numeroase comunicări personale, rapoarte şi discuţiuni la rapoarte, Lenormant a prezentat la Congresul Naţional 4 rapoarte: **Tratamentul chirurgical al guşei exoftalmice**, în 1910; **Tratamentul epilepsiei traumatice**, în 1921; **Chirurgia cordului** împreună cu Leriche, în 1932; **Tratamentul fracturei bazei craniului** împreună cu Wertheimer, în 1933. La pensionarea Profesorului Delbet în 1932, cel mai indicat pentru a urma acestei strălucite figuri la clinica chirurgicală dela Cochin, a fost Lenormant. Co-

laboratorii săi devotați Wilmoth, Sénèque, Ménègaux, Jean Patel, Bauman, Monod, Iselin, antrenați de Lenormant, produc lucrări din ce în ce mai importante. Astfel peritonita incapsulantă, tratamentul chirurgical al luxațiilor recidivante ale umărului, fracturile subtalamice ale calcaneului, abcesele splinei, rezecția tibiotarsiană totală, astragalectomia, operația lui Oddy, sunt contribuțiuni aduse chirurgiei de clinica dela Cochin.

Cursurile sale magistrale **de Joia**, erau frequentate nu numai de numeroși studenți, dar și de medici parisieni și străini, pentrucă erau cele mai frumoase cursuri de clinică chirurgicală ce se țineau în Paris. Lenormant își alegea la aceste prelegeri, nu subiecte clasice de chirurgie; ci probleme controversate din punct de vedere patogenic sau terapeutic, unde autoritatea și experiența sa aveau de făcut o punere la punct sau de lansat o teorie.

Expunerea care dura 2 ore era o adevărată oratorie științifică în care preciziunea stilului se împletea cu energica urmărire a adevărului într'o formă atrăgătoare și bogat documentată. Din lunga lui practică spitalicească își extrăsese personal mii de fișe cu observațiuni clinice din afecțiunile cele mai rare, unele, afecțiuni încă neclasate, altele, ca varietăți rare și care constituiau o adevărată comoară de patologie chirurgicală.

Lenormant s'a bucurat de faima unui **mare clinician.** Intr'adevăr era o mare plăcere când colaboratorii săi îl opreau în fața unui diagnostic dificil. Jovial, sub privirile atente ale asistenței examina metodic ca la un concurs, după care făcea un splendid și convingător diagnostic diferențial. Rareori l-am văzut în fața unei „surprize" operatorii.

Ca o încoronare a vastei sale experiențe clinice la sfârșitul carierei sale, Lenormant și elevii săi au publicat recentul **„Précis de diagnostic chirurgical"** în 4 volume. „Pour établir un diagnostic il faut être avant tout clinicien; mais il faut dans une certaine mesure, être aussi anatomo-pathologiste, bacteriologue, biologiste". Aceste rânduri extrase din prefață, arată spiritul larg în care a fost concepută lucrarea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca om, Lenormant era o persoană distinsă, cu un ales verb înaripat de causeur căruia, chiar în discuțiunile serioase științifice, îi făceau plăcere digresiunile nu lipsite de ironie fină. El impresiona prin vasta sa erudiție în toate domeniile spirituale, ceea ce dădea discuțiunei sale o înaltă ținută intelectuală.

Cu Lenormant dispare un strălucit animator al chirurgiei moderne și ne rămâne un exemplu de titan al muncei intelectuale.

Analize-Bibliografie-Referate

CARŢI—REVISTE—SOCIETAŢI

Anatomie

I. Nubert, Gh. Timoşna şi I. Utaru: Simfiză renală, rinichi în w. Revue méd. ch. de Jassy, 5—6/947.

O anomalie nouă, întâlnită pe un cadavru, pe care autorii ca să o distingă de rinichiul în potcoavă, de rinichiul sigmoid, de rinichiul concrescent sau „en galette", de rinichiul inelat şi de rinichii suprapuşi, o aseamănă cu această literă grecească.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Biografie

N. Constantinescu: Un savant român, Profesorul C. Levaditi. Revue méd. chir. de Jassy, No. 3—4/1947.

O preţioasă schiţă biografică şi bibliografică romanţată, scrisă cu competenţă în trăsăturile generale ale operei sale şi cu fervoarea de ucenic pentru maestru în detaliile vieţei particulare, la sfârşitul căreia, autorul se întreabă „dacă nesecata energie, la 73 ani, clarviziune şi excepţională inteligenţă, nu formează esenţa însăşi a geniului omenesc".

Biochimie

Alf. Teitel Bernard: Sur un artifice permettant de mettre en évidence la biréfringence de certaines structures biologiques. — Sur la biréfringence des noyaux celulaires déformés. — Sur la structure des granules neutrophiles des leucocytes. — Sur la structure des corps de Kourlof. Bull. Acad. méd., 1—3/945.

Deducţiuni trase asupra structurii intime a materiei, în domeniul molecular, prin examen la lumina polarisată cu punerea în evidenţă a unei proprietăţi de birefrigenţă.

M. Balş: Peniciline et antipeniciline. Bull. Acad. Méd., 1—3/945.

Prin 4 experienţe în care a folosit ca substanţă, cu acţiune opusă

penicilinei, antipenicilină sau penicilinasă, filtratul de bacili coli şi stafilococul auraeus, autorul a emis din deducţiile făcute hipoteza că ambele substanţe îşi păstrează individualitatea, îşi dispută un receptor comun şi poate că se fixează una de alta fără ca să se distrugă reciproc.

M. Balş et D. Potop: Méthode rapide pour le dosage des polypeptides en clinique. Bull. Acad. Méd., 1—3/945.

Metoda constă în cetirea indicelui de extinţiune al luminei la stupho-photometrul lui Pulfrich. Metoda este rapidă şi destul de precisă în clinică.

I. Potop şi M. Balş: La polypeptidemie dans le typhus exanthematique. Bull. Acad. Méd., 1—3/945.

Cercetări efectuate pe 73 bolnavi. Polipeptidele şi ureia sunt mărite, rezerva alcalină şi clorul sunt diminuate.

C. C. Dimitriu, N. Goldenberg, M. Casetti şi I. Fani: Cercetări „în vitro" asupra activitatorilor şi inhibitorilor cholinesterazei serice. Indicele de acţiune. Revue méd. ch. de Jassy, 5—6/947.

Cercetări efectuate cu 58 substanţe medicamentoase sau chimice, în vederea instituirei unei terapeutice biologice.

I. Ştefan, N. Coman şi M. Drăgoi: Contribuţiuni la studiul fermenţilor proteici în tumori. — Ardealul Medical No. 1/1948.

Autorii cercetează rolul tripsinei în deslănţuirea sindromului toxic din cancer, expunând în tablouri sinoptice rezultatele cercetărilor pe numeroşi bolnavi. Conchid că: în urina canceroşilor (dar şi în alte afecţiuni), există o tripsină de origină tisulară; sindromul toxic din cancer este datorat schimbărilor survenite în raportul dintre componentele fracţiunei proteice din sânge; tripsina deslănţue acest sindrom; se ia în considerare întrebuinţarea seroterapiei specifice antifermentice care ar folosi ser de iepure cu putere antitriptică mărită.

E. Ţeposu. E. Gherman şi M. Cioran: O modificare a metodei Jolles pentru dozarea indicanului sanguin şi urinar. — Ardealul Medical No. 1/1948.

Gh. Ghimicescu et A. Gheorghiu: Considérations sur le microdosage du glucose dans le sang. Revue méd. ch. de Jassy, 5—6/947.

Autorii recomandă metoda Sifert-Crecelius (cu acid picric şi cetire la un calorimetru special), care dă rezultate rapide, precise caşi metoda Hagedorn-Yensen şi economie de material.

Gh. Ghimicescu et A. Gheorghiu: Le microdosage colorimétrique du phosphore dans les substances biologiques (sang et urines). Rev. méd. chir. Jassy, 5—6/947.

Gh. Ghimicescu et A. Vieru: Contributions à l'étude analitique du lait maternel. Rev. m. ch. de Jassy, 5—6/947.

Chirurgie

I. Turai: Tratamentul durerii cancerului secundar al rachisului prin castrare. Medicina Română, 23/1947.

André Sicard în 11 cazuri de metastaze rachidiene apărute dupe cancer al sânului a obţinut amendarea durerilor intolerabile şi însă-şi ameliorarea evoluţiei cancerului sânului prin castrare ovariană chirurgicală. Autorul citează la noi o obs. a D-rilor Toma Ionescu, Mănescu- şi Iliescu cu acelaşi rezultate remarcabile în evoluţia metastazelor cancerului sânului şi în ameliorarea stării generale a bolnavei.

Circulator

H. Roth, I. Werthemer, S. Voronca şi T. Olariu: Consideraţiuni asupra plăgilor inimei în legătură cu un caz operat şi vindecat. Medicina Română, 23/1947.

A. Aslan şi Vl. Missirliu: Indice oxcillometrique après effort, moyen pour déceler une lésion artérielle incipiente. Bull. Acad. méd., 1—3/945.

Din studiul a 2 bolnavi cu fenomen de claudicaţie intermitentă la gambe în mers, autorii au conchis că în asemenea cazuri — şi deduc la fel pentru orice lesiuni arteriale obliterative sau de tip arteriosclerotic — indicele oscilometric scoboară sau rămâne neschimbat,p e când în stare normală creşte; cu indicele scade şi presiunea arterială. Fenomenul este explicat prin legile infatigabilităţii organelor şi ale predominenţelor, dupe Dani lopolu. Metoda autorilor serveşte la depistarea precoce a oricăror lesiuni arteriale explorabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Digestiv

I. Teodorescu Exarcu, C. Frăţilescu şi G. Teodoru: Metoda Läwen în diagnosticul apendicitelor acute. Soc. Med. Chir., Spit. Albert Thomas, Şed. 9/III. 1947.

Anestezia paravertrebrală cu novocaină a celui de al 10-lea nerv dorsal drept face să dispară sau atenuiază durerea în colica hepatică; — anestezia paravretrebrală cu novocaină a celui de al 12-lea nerv dorsal şi primului lombar elimină colica nefritică. Aceste manevre ale metodei Läwen n-au niciun efect asupra sindromului apendicular acut.

V. Dimitriu şi V. Gherlac: Asupra patogeniei ocluziilor. Spitalul Nr. 1 | 1948.

Autorii au observat o „epidemie" de ocluziuni intestinale (14 cazuri într'o lună), din cauza obstruării şi îngeunării unui segment intestinal prins într'o profundă modificare alimentară şi concentrare a conţinutului intestinal care se transformă într'o pastă adesivă, cea ce poate determina un volvulus o torsionare cu sau fără bridă prealabilă sau un fecalom obstruant. Cazurile au survenit toamna, printr'o hrană bogată în fructe şi zarzavaturi şi săracă în grăsimi.

D. Marinescu-Slatina: Un caz de tricho-bezoar. Medicină română 22 | 1947.

Cazul unei fetiţe de 12 ani, operată, care avea obiceiul să-şi mănânce părul. O varietate a acestor fel de tumori gasirice, cu atât mai rară.

Electroradiologie

I. Bârzu: Problema electro-radiologiei medicale la M-terul Sănătăţii. Buletinul Sănătăţii, 1—12/947.

Intre măsurile de luat, pentru remedierea lipsurilor actuale şi a celor viitoare, autorul propune „Organizarea unui atelier central de Radiologie", pentru ca „M-terul să nu rămână veşnic la discreţia firmelor particulare".

Endocrinologie

Al. Crăiniceanu: L'action vasculaire de la folliculine dans l'hypertension arterielle de la ménopause. Bull. Acad. Méd. 1—3/1945.

G. Andronovici: La fréquence du goître dans les écoles primaires des villes capitales des départements de Moldavie. Bull. Acad. Méd. 1—3/1945.

Un studiu făcut pe 28163 elevi din 13 capitale de judeţ, dintre cari 3445, adică 12,3% au fost socotiţi guşaţi (dupe normele fixate de Prof. Ballif). Autorul aduce noi contribuţiuni la cauzele producând guşa; la repartiţia dupe vârste şi sex, dupe rase; expune profilaxia şi tratamentul guşei; fotografii demonstrative prezintă toate aspectele de guşe; o bibliografie precisă complectează studiul, care se aşează la loc de cinste printre lucrările româneşti similare în frunte cu cele ale Prof. Danielopolu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Al. Esckenasy: Contribuţiuni la studiul maladiei lui Reclus. Medicina română, 15-16 | 947.

Din studiul a 17 cazuri, autorul conchide că boala lui Reclus (maladia chistică a mamelei) reprezintă 20% din totalul leziunilor mamare examinate; degenerarea neoplazică este frecventă; natura probabil hormonală a boalei chistice (apare spre sfârşitul vieţei sexuale şi poate fi bilaterală) comandă o medicaţie opoterapică. Pentru diagnostic precoce se impune biopsii lărgite pe porţiuni diferite ale glandei mamare, în incidenţe variate cari să cuprindă cât mai mulţi din nodulii palpaţi. Boala se situează la limita dintre chirurgie şi endocrinologie.

Farmacologie

M. Popescu: Recherches sur la pharmacodinamie des vaisseaux cérébraux. Action de l'acètylcholine. Bull. Acad. Méd., 1—3/945.

Prin cercetări pe câini anesteziaţi cu cloraloză, din traseuri grafice eloquente se deduce acţiunea vasodilatatoare a acetilcholinei pe vasele cerebrale; mult mai accentuată şi mai prelungită decât în restulc orpului — ceea ce ar explica unele accidente, precum moartea prin hemoragie cerebrală, la marii hipertensivi trataţi cu preparate acetilcholinice.

M. Popescu: Contrib. à l'étude de l'action pharmacodinamique de la Dolentine, Bull. Acad. Méd., 1—3/945.

Din cercetări experimentale pe câine, pisică, iepure, asupra ap. circulator şi urinar, rezultă că Dolantina posedă o acţiune vaso-

dilatatoare, intensă mai ales asupra vaselor creerului, şi prelungită mai ales asupra rinichiului — ceea ce explică creşterea tardivă a diurezei; în acelaş timp inhibă contracţiunile musculaturei ureterale, uterine şi intestinale.

D-ri I. Polovrăgeanu şi N. Vătămanu: Bismosalul. Buletinul Sănătăţii, 1—12/947.

Laboratoarele M-terului Sănătăţii faţă de lipsa preparatelor arsenicale şi a substanţelor primare cu care fabricau Iodobismutatul de chinină încă din anul 1942, au recurs la fabricarea unui alt produs antiluetic, Bismosal, din Salicilatul bazic de bismut întrebuinţabil bucal pentru alte indicaţiuni. In formulă, 2 ctmc. suspensie uleioasă conţin 0.06 bismut, deci o concentrare superioară; se livrează în borcane de câte 30 ctmc., deci pentru 15 injecţii cât trebue pentru tratamentul unei persoane într'o serie. Este un preparat f. activ, care a fost experimentat cu deplin succes în Clinica Dermato-Sifiligrafică din Bucureşti. Cu acest preparat M-terul a putut să facă faţă, necesităţilor de aprovizionare a Spitalelor şi Dispensarelor sale; de la 366.860 ctmc. în 1943, a ajuns la o producere de 1.803.320 ctmc. în 1946 şi la 804.560 ctmc. în primele 3 luni ale anului 1947. Preţul de cost este derizoriu faţă de cel al preparatelor similare.

D-ri C. Popescu şi C. Maiorovici: Examinarea comprimatelor de sulfanilamidă cu lumina lui Wood. Buletinul Sănătăţii, 1—12/947.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru decelarea falşificărilor eventuale autorii au examinat comprimatele de sulfanilamidă la razele ultraviolete filtrate prin sticla lui Wood (o sticlă specială cu bază de oxid de nickel). Razele reflectate au un aspect cu o fluorescenţă de culoarea liliacului deschis.

Farmacie

Farm. V. Roşianu: Rolul intelectualului şi viitorul profesiei de farmacist în cadrul democraţiei populare. Conferinţă. Revista Farmaciei, 3/1948.

Farm. M. Hunian: Medicamentul şi Farmacia în U. R. S. S. Revista Farmaciei, 3/1948.

R. Magidoff: Farmacia în Rusia. Revista Farmaciei, 1—2/948.

O descriere edificatoare despre starea Farmaciei în U. R. S. S. privind profesiunea de farmacist şi comerţul de farmacie.

Ficat

M. Enăchescu, V. Comănescu et M. Zamfirescu: L'élimination rénale de la bilirubine dans les ictères. Bull. Acad. Méd., 1—3/945.

In icterele hepato-celulare cu insuf. hepatică eliminarea bilirubinei în urină este mai puţin activă decât în icterele prin obstacol mecanic. Normal raportul de eliminare dintre bilirubina sanguină şi cea urinară este de 2 (în sânge este de 2 ori mai multă decât în urină); raportul se menţine în icterele mecanice fără insuficienţă

hepatică; — în icterele hepato-celulare cu insuficiență hepatică raportul crește de la 2 la 6 (adică se elimină din ce în ce mai puțină bilirubină în urină, din cauză că în afară de bilirubina directă se mai află în sânge și bilirubină indirectă care cuplată cu o proteină nu poate traversa rinichiul; — în icterele hemolitice, în care bilirubina reținută în sânge este indirectă deci de formație moleculară mărită, eliminarea este nulă.

Gin. și Obst.

C. Stanca și I. Stupariu: Sarcină prelungită repetată. Pagini medicale, 5—12/947.

Relatarea unui caz cu 3 sarcini prelungite, de 310 zile, 311 zile și de 306 zile Etiologia și Patogenia. Patologia. Literatura medicală străină și românească.

C. Stanca: Cum poate fi interpretată curba de temperatură a gravidelor sănătoase și a fătului în lumina cunoștințelor noi endocrinologice. — Ardealul Medical. No. 1/1948.

Histo-patologie

C. Crăciun: Importanța granulațiilor lui Reich în nevrita tifosului exantematic. Soc. anat. din Buc., Ședința din 5 | IV. 947.

T. Horneț: Țesutul conjunctiv studiat la microscopul electronic. Soc. anat. din Buc., Ședința din 5 | IV. 947.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Infecto-contagioase

A. Stroe, Ș. Brătianu et Otto Aurescu: Etude sur l'action des extraits rénaux de lapin néphrétique, obtenus par injections cumulatives de nitrate d'uranium, dans le traitement des nephrites scarlatineuses. Bull. Acad. méd., 1—3/945.

Dupe un istoric al chestiunei, autorii expun studiul experimental cu tecnica injecțiilor prin care au determinat la iepure lesiuni de nefrită prin nitrat de uranium, tecnica preparării extraselor, studiul anatomo-histologie pe secțiuni în rinichi, metoda de preferință a preparării extractului glicerinat, puterea toxică a extraselor renale și aplicarea acestor extrase în 35 casuri de nefrită scarlatinoasă la copii din Clinica boalelor contagioase de copii de la Spit. Colentina. Extractul a fost administrat în cantitate de 1 ctmc., injecția a fost unică, sau repetată la 48 ore, până la 3 ctmc.; un regim alimentar determinat o cantitate fixă de lichide. Din primele 24—48 ore rezultatele au fost remarcabile pentru diureză, diminuația albuminei, a cilindrilor și hematiilor din sedimentul urinar, a ureei din sânge; a tensiunei arteriale, a oedemelor, cefaleei și vărsăturilor. 12 obs. clinice ilustrează constatările.

E. Răsmeriță, Bogdan Ivașcu, H. Ungureanu, H. Șaim: Epidemia de tifus exantematic în Capitală din primăvara anului 1947. Buletinul Sănătății, 1—12/947.

ROMÂNI

O lucrare de ansamblu, de minuţioasă cercetare şi de relatare a tuturor mijloacelor de depistare şi de combatere a t. ex. epidemic, care depăşeşte cadrul acestei epidemii, se întinde la toată ţara şi mai ales ia în considerare epidemiile de t. ex. din Bucureşti, începând dela 1905 până în prezent. In concluziunile finale, foarte instructive, se pune înainte fenomenul nou în epidemiologia tifusului ex. în Bucureşti, acela de tifus rezidual care face ca din 1940 să fie considerat ca epidemic în Capitală.

— Cele 39 cazuri din epidemia din 1906, pe care o semnalează autorii, ar pleda pentru o anticipare a perioadei de când t. ex. poate fi socotit endemic în Bucureşti. Dupe relatările D-rului C. Grozovici, şeful Serv. de boli contagioase din Spit. Colentina (în care în calitate de intern am îngrijit în 1910 primele 17 cazuri, fără să fi avut cunoştinţă de rolul păduchilor în transmisiunea boalei) „febra ţigănească" — cum o chema el, care avea să-i cadă victimă dupe câţiva ani, — bântuia de mult printre ţiganii de la cărămidăriile din jurul Colentinei, numai că nu era diagnosticată decât atunci când lua o alură net epidemică.

M. Franche, M. Wassermann, A. Chipail et G. Vartolomei: L'Hemogramme et le myélogramme dans la fièvre recurrente. Revue méd. chir. de Jassi, 5—6/947.

Conclusiuni trase din stadiul a 780 bolnavi internaţi la Spit. Isolarea în 1946, dintre cari au fost urmăriţi în cursul I acces un număr de 50 şi în şi al celui de-al II-lea acces 25 bolnavi: diminuţia numărului gl. roşii şi hemoglobinei; gl. albe între 9—12.000 în acces, 4—6000 în apirexie, leucopenia dispare 12—36 ore înainte de accesul următor; polinucleoză moderată; plachetele sanguine micşorate; viteza de sedimentare crescută din primul moment al accesului creşte pe măsură în zilele următoare; resistenţa globulară la limita inferioară; timpul de sângerare cel mai adesea normal; cel de coagulare prelungit;; măduva în stare de repaos sau în inhibiţie, nu conţine spirochetul în perioadele de apirexie.

Semnele hematologice singure nu pot pune diagnosticul în lipsa spirochetei din sânge.

I Diaconescu şi P. Prodan: Un caz de tetanos atipic. Spitalul, 1 | 1948

A simulat un sindrom peritoneal acut şi a afectat tipul de tetanos ascendent.

I. Hortopan şi Udrişte: Un caz de infecţie de focar. Spitalul 2 | 1948

La 5 zile dupe ablaţia unui focar amigdalian s-a vindecat un reumatism cervical care data de 5 luni.

I. Gavrilă şi E. Boeriu: Forma meningeală a febrei recurente. — Ardealul Medical No. 1/1948.

O revistă generală cu expunerea sindromului meningeal în febra recurentă, sprijinită pe 280 observaţii din clinică şi pe întreaga literatură străină şi românească adequată.

Medicina aeronautică

Od. Apostol şi D. Dumitrescu: Influenţa acceleraţiunei asupra aeronavigaţilor în zbor. Revista sanitară militară, 1—3/1947.

Turburările constau în greutatea mişcărilor cari merg până la dispariţia controlului lor exact; anemie cerebrală; ameţeli, micşorarea atenţiunei, tremurături; opresiune toracică, turburări circulatorii cardio-pulmonare. Se impune controlul repetat al personalului, purtarea unei centuri pneumatice abdominale pentru piloţii de vânătoare.

Medicina socială

Prof. M. Kernbach: Conţinutul şi semnificaţie socială a medicinei contemporane. Ardealul Medical, No. 1/1948.

In ultimul timp s'a manifestat tendinţa de a trece de la boală la sănătate, de la individ la colectivitate. Boala şi sănătatea nu mai sunt probleme individuale, ci interesează societatea, naţiunea, chiar trec în domeniul internaţional. Omul la fel ca şi popoarele au dreptul la sănătate. Legile cari au determinat medicina socială sunt aceleaşi, cari au determinat transformarea structurii sociale, sunt legile materiale economice. Societatea omenească se îndreaptă către socialism, medicina urmează a se încadra în legea istorică a societăţii. Conţinutul medicinei de asemenea s'a transformat, căpătând un caracter social. Medicina se ocupă de om în integritatea de fiinţă—mediu, şi îl consideră din punct de vedere al valoarei productive; caută să-i păstreze şi să-i refacă forţele productive în minimum de timp şi cu maximum de efect; se sileşte să prevină risipa forţelor de producţie ale omului şi să economisească capitolul cel mai preţios care este omul. La lumina acestui concept social trebue să se conforme medicina contemporană, reforma învăţământului şi organizaţia sanitară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate aceste considerente sunt efectiv sprijinite pe constatări economico-sociale ample trase din evoluţia societăţii omeneşti şi a însă-şi medicinei.

L. Prodan: Aspecte actuale ale igienei muncii. — Ardealul Medical No. 1/1948.

Sindicatul Sanitar Cluj: Din preocupările resortului de medicină socială. Ardealul medical, No. 1/1948.

Neuro-psichiatrie

D. Desideriu: Orientări noui în neurologie. Ardealul medical, 1/1948.

Spre unitatea somato-psihică.

Oftalmologie

Profira Nicolau, M. Rosescu şi M. Mişca: Noui contribuţiuni la studiul leziunilor oculare datorate febrei recurente. Rev. méd. ch. de Jassy, 5—6/947.

Rezultatele bazate pe studiul a 75 cazuri de leziuni oculare datorate febrei recurente, venite dintre cele 5030 cazuri din Inspectoratul Sanitar Iaşi şi Suceava între 1945—1947, deci în procent de circa 1.292%.

Prof. El. Puşcariu şi Ecat. Triandof: 398 operaţii antiglaucomatoase şi rezultatele lor. Pagini medicale, 5—12/947.

Formele mai frequente (în 256 cazuri glaucom cronic simplu sau inflamator, operaţia de elecţie, metoda lui Lagrange; rezultatele obţinute (în 261 cazuri tensiunea s-a normalizat; se poate interveni chiar când V. şi C. V. sunt destul de reduse).

Oto-rino-laringologie

Alex. Mirescu: Organizarea ajutorului medical oto-rino-laringologic în U.R.S.S.. Medicina Română, 23/1947.

V. Vendeg, E. Magyari: Importanţa streptecocului hemolitic în etiologia anginei Paul-Vincent. R. de Sc. Oto-rino-lar. de Cluj, No. 1—2/947.

In asociaţia fuso-spirilo-streptococică, în toate cazurile se găseşte fără excepţie streptococul hemolitic, în cavităţile bucale normale numai în 10—15%. Sulfamidele distrug cocii, salvarsanul distruge spirocheţii. In ambele cazuri reducerea virulenţii unui microb determină condiţiuni defavorabile pentru amândoi şi boala se vindecă. Predispoziţia la boală este datorată streptococului, mai patogen.

N. Popa şi T. Popovici: Autospirofonia în clinică. Revista rom. de O. R. L., 3—4/1946.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Revenire prin prezentarea examenelor a 34 bolnavi asupra acestei metode originale pentru controlul auzului, bazată pe perceperea de către bolnav a zgomotului produs de propria sa respiraţie.

C. Păunescu şi R. Anghelide: Importanţa anomaliilor de carotidă în O. R. L. Revista rom. de O. R. L., 3—4/1946.

Autorii fac o precisă şi amplă descriere a acestor anomalii, cu citarea contribuţiei autorilor români Dan Berceanu, Dorin Dumitrescu şi C. Andreescu. Aceste anomalii şi pericolul operator la care pot expune (precum moartea pe vremuri prin hemoragie dupe amigdalotomie a copilului. Prof. de anatomie Petrini P.) justifică *„De ce trebue să facem puncţie explaratrice înainte de a deschide un flegmon periamigdalian"* — dupe cum cere Docentul D-r Fotiade în comunicarea făcută la Soc. R. de O. R. L., în Şed. din 27 Oct. 1926.

I. Ţeţu, M. Ghimpeţeanu, A. Marin: Considerations sur la pénicillinothérapie dans les affections O. R. L. Revista rom. de O. R. L., 3—4/1946.

Autorii trag dintr'o statistică de 27 cazuri tratate în clinica O. R. L. a Spit. Colţea concluziile: 1) a stabili în prealabil diagnosticul bacteriologic; 2) în prezenţa unui agent sensibil la penicilină, a da dela început doze eficiente; 3) a asocia sulfamidoterapia; 4) a institui şi aplicaţiune locală odată cu penicilinoterapia generală; 5) Penicilina poate să camufleze sau să temporizeze apariţia complicaţiilor datorate infecţiilor rinosinusiene sau otomastoidiene.

Parazitologie

Prof. D. Cornelson, C. Anghelescu şi E. Ungureanu: Instrucţiuni pentru întrebuinţarea noilor insecticide cu bază de D. D. T., sau Gamexan în lupta antimalarică. Buletinul Sănătăţii, 1—12/947.

Consideraţiuni generale asupra substanţelor, modul de preparare al amestecurilor, modul de acţiune al insecticidelor, măsuri speciale privitoare la acţiunea antianofeliană, aparătură şi tecnică (metoda de pulverizare, pulverizarea adăposturilor de animale).

L. Wasserman şi Lăpuşneanu: Depistarea oxiurozei prin metoda tamponului cu celofan. Medicina română, 15-16 | 947,

Ca o baghetă de sticlă care poartă la un capăt o foiţă de celofan incolor (Comercial) fixată cu ajutorul unui inel de cauciuc se freacă mucoasa orificiului anal. Tamponul se introduce într'o eprubetă, se etichetează, se întinde membrana pe lamă, între 2 picături de apă. Se prelevează de 5-6 ori în 24 ore înainte de a da un rezultat negativ. In materiile fecale ouăle se găsesc excepţional, pentrucă paraziţii nu le depun în intestinul gazdei. Din 210 indivizi de toate vârstele autorii au găsit ouă de oxiuri la 64, deci la aproape 30 % dintre cari: între 0-2 ani niciunul, între 2-10 ani la 66 % între 10-20 la 27 %, peste 20 ani la 21 %. Este metoda cu cele mai bogate rezultate inregistrate la noi faţă de cele ale altor cercetători.

Pediatrie

A. Cosăcescu, C. Constantinescu, M. Minculescu, M. Pavelescu: Sindromul lui Vrolik. Revista de Pediatrie, 1—1946.

O afecţiune rară, întâlnită de autori pe 2 gemeni univitelini, cari prezentau acest sindrom de Osteogeneză imperfectă congenitală, boală genotipică în care deficienţa ereditară atinge orice ţesut care derivă din mezenchimul primitiv.

R. Robacki si D. Robu: Paralizia unilaterală a diafragmului. Revista de Pediatrie, 1/1946.

Prezentarea unui caz clinic, autorii fac o bună punere la punct a chestiunei, cu prezentarea bibliografiei aferente. De consultat la nevoe.

G. Vasiliu: Rubeola forma serioasă şi recidiva. Revista de Pediatrie, 1/1946.

Prezentarea unui caz cu o formă grea de rubeolă, boala care este cel mai adesea necunoscută şi de medici, şi recidivă dupe 4 ani.

D. Timuş, M. Cânciulescu-Bungeţianu şi C. Răsmeriţă: Malformaţiuni congenitale ale feţei şi globului ocular. Revista de Pediatrie, 2/1946.

2 cazuri cu microftalmie, în care micimea înăscută a ochiului este prezentată în mod amplu, lucrarea servind la ocazie pentru consultare.

I. Bazgan, Ana-Maria Marin şi B. Dan: Profilaxia individuală antimorbiloasă prin Extract placentar. Revista de Pediatrie, 2/1946.

Cu prezentarea a 4 epidemii de rugeolă, una într'un cămin cu copii de refugiaţi în 1940; şi trei în saloanele de scarlatinoşi de la,

Serviciul de boli contagioase pentru copii de la Spitalul Colentina, în 1940 şi 1941; autorii au experimentat cu succes deplin o nouă profilaxie individuală antimorbiloasă prin Extract placentar, în lipsă de ser de convalescent sau de sânge matern total. Extractul placentar ar conţine imunizinele pojjarului şi ale altor boale contagioase; este prin urmare polivalent din punct de vedere profilactic. Metoda cere aplicare înainte de a 4 zi de incubaţie; cantitatea variază de la 10—20 cmc., injectat intramuscular; eficacitatea imunizării pasive durează 2-3-5 săptămâni; injectat dupe a 4 zi, extractul placentar nu mai previne dar prelungeşte incubaţia; scurtează invazia, micşorează reacţia febrilă, atenuiază erupţia şi evită uneori complicaţiile. Metoda, inferioară serului de convalescent prin durată şi procentele de imunizare, este indicată în în cursul epidemiilor de spital sau în mari colectivităţi atunci când serul este lipsă sau nu se poate obţine în cantităţile necesare. Faţă de sângele integral are avantajul că se poate steriliza perfect şi imunizează în procente mai ridicate.

In comparaţie cu această metodă originală de profilaxie antimorbiloasă prezentăm *metoda D-rului A. Panea* cu instilarea intraconjunctivală a unei singure picături de ser de convalescent, mai uşor de obţinut de la un convalescent şi necesar în cantitate redusă. Semnalăm de asemenea lucrările *„Profilaxia specifică a rugeolei de I. Nicolau* (R. Şt. N. No. 7/1934) şi *„Serul de convalescent în profilaxia rugeolei"* de *Prof. I. Bălteanu* şi *E. Buttescu,* (R. St. M. No. 10/1935).

A. Rusescu, R. Robacki şi Şt. Brăndusoiu: Forma meningeală a febrei recurente. Revista de Pediatrie. 2/1946.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este prima observaţie de formă meningeală a febrei recurenţiale publicată la noi. In străintate a fost citată numai de *W.* Kolle şi H. Hetsch în 1938 si de I. G. Tez tot în 1938.

Reumatism

C. Zamfir, C. Giuglea, Pătraşcu: Artrite proteinice. Revista sanitară militară, 4—6/947.

Cu ocazia unei obs. cu alură particulară a D-rilor M. Cânciulescu şi M. Paraschivescu, se va face o prezentare de ansamblu a întregei chestiuni.

Reviste medicale

Buletinul Sanitar, Organ oficial al Serv. Sanitar al jud. Baia şi al Cercului de Studii medicale al Sindicatului Sanitar. 1947.

Apare la Fălticeni. In cele 3 numere apărute în anul 1947, remarcăm „Cuvântul explicativ" al D-lui D-r D. Alexandrescu, medicul şef al jud. Baia, care expune rostul publicaţiei; — Un an de activitate la Serv. Sanitar al jud. Baia, an de activitate fructuoasă; — D-r G. Doniceanu aduce Contrib. clinice la acţiunea sulfatului de sparteină în contactilitatea muşchiului uterin în travaliu, cu Istoricul metodei aplicate de autorii străini şi români în frunte cu şcoala Prof. Săvulescu; — N. Zaharia: Sindrome clinice bizare ale ascaridozei;

— Dările de seamă ale activităţii Cercului de Studii cu comunicările făcute, între cari: Recidive în tifusul exantematic (N. Zaharia şi D. Alexandrescu); Sedimentarea hematiilor în febra recurentă şi tifusul exantematic (N. Zaharia), care cu metodele obţinerii „Crustei flogistice" a medicilor din evul mediu adică a unui chiag alb şi a Coagulărei sângelui „în suprafaţă" într'o sticlă de ceasornic — dau indicaţii practice la „îndemâna oricui şi oriunde"; Tratamentul local cu sulfamide al uretritelor gonococice la bărbat (G. Doniceanu); Stare allergică dupe înţepături de insecte (B. Luscalu); ş. a.

O activitate cu asemenea comunicări ştiinţifice şi o activitate sanitară intensă desfăşurată în judeţ disting „Cercul de Studii" medicale al jud. Baia.

Pagini medicale. Anul II, No. 1—4 şi 5—12/1947.

Această „Revistă lunară de medicină şi chirurgie generală" care apare la Bârlad, se află în anul II de existenţă. Cităm şi prezentăm în coloanele acestei rubrice unele din articolele acestei Reviste locale, prin scopul şi structura ei, pentru care nu avem cuvinte de apreciere câtă merită. Dar, să apară mai des, nu de 2 ori pe an. „Acta medica romana", adevărate archive, justifică anumite eclipse de apariţie lunară, pentru a putea cuprinde în timp şi spaţiu cât mai mult din materialul medical românesc „unit şi coherent" şi a face operă de sinteză.

Menţionăm din No. 5—12 al anului al II în afară de articolele ce prezentăm în alte compartimente de Analize—Bibliografie, — Consideraţiunile asupra febrei menstruale în tuberculozele pulmonare evolutive, de I. Gorin; — Valoarea incidenţei lui Bretton pe film curb pentru radiografia corpului maxilarului inferior şi a simfizei mentoniere, de S. Herscovici; — Medicul de intreprindere de Radu Popovici; — şi „Zilele medicale" de la Galaţi cari au avut loc la Galaţi, în zilele de 1 şi 2 Febr. a. c., şi la cari au cuvântat D-na Ministru Fl. Bagdasar despre Rolul planificării, despre Concursul dat de organizaţiile de mase şi de Nevoia punerii la punct în cunoştinţele technice ale cadrelor, în opera sanitară. Şi au ţinut conferinţe: D. Prof. B. Teodorescu, despre Modalităţile clinice ale infarctului miocardic; — Prof. M. Nasta, despre Unele aspecte ale ftiziologiei moderne şi Diagnoscarea precoce a boalei; — Prof. O. Franche, despre Interpretarea actuală a urei sanguine şi Terapeutica chirurgicală a nefritelor acute şi cronice; — Prof. G. Băltăceanu, despre Aspecte din patologia intestinală; — Prof. C. Iliescu, despre Fibrilaţia auriculară. Iar din No. 1—4/1947: Tuberculoza şi ciclul menstrual de P. Toporaş şi C. Pavelescu; — Consideraţiuni asupra igienei şcoalei primare şi a elevului din mediul rural (Studiu de 47 şcoli primare din Plasa sanitară de Demonstraţie „model" Tomeşti-Iaşi) de D. Pascu; — Problema învăţământului medical de P. Toporaş; — şi nota asupra unui caz de hipertricoză terapeutică regională, în care d. D-r A. Vasilescu face consideraţiuni de cel mai mare interes practic asupra creşterii părului la un copil de 2 ani tratat pentru 2 placarde ecze-

matoase zămuinde situate pe frunte şi o coapsă, badigeonări zilnice cu sol. 3% de nitrat de argint şi expunere câteva minute la soare[1]).

Medicul Nou, Revistă medicală şi de medicină socială, Organ al Sindicatului sanitar din Bihor, apare la Oradea. Se află în al 2-lea an de existenţă. Apare cu articole scrise într'o limbă şi cu rezumate în cealaltă limbă, ungurească şi românească.

Menţionăm din No. 2/948, art. Encefalo-meningitele criptogene (4 cazuri) de Balint S. şi Kende L., în cari tabloul sanguin prezintă o deviere la stga; — Metod simplu pentru determinarea vitezei de sedimentare a glob. roşii,de Martonfi Şt., în care se serveşte în loc de eprubete originale Westegreen de corpul unei siringi Ricord sau de Tuberculină; — Muşchiul palmaris longus (palmarul mic) la ţigani, la care p. cadavre autorul a constatat că ar lipsi într'un procent cu mult mai mare decât la alte rase. (?). In No. 3/1948, art. Tratamentul cu raze Roentgen în bolile inflamatorii, de Kende I., în cari în 373 cazuri (hidradenite, artrite, sciatică, periartrite, furunculoză, nevralgii, mastită, mielite, peritonită tbc. ş. a.) rezultatele au fost favorabile.

La Oradea există şi o Societate a medicilor secundari, a cărei fiinţă izolată nu-şi are explicare.

Terapeutică

I. Stoia şi M. Lupşa: Penicilina în tifosul exantematic. Soc. anatomo-clinică din Buc., Şed. din 8/VII 1947.

Digitized by Central University Library Cluj

S-a aplicat în 38 cazuri, dintre cari 11 grave, hyertoxice, în contra infecţiilor secundare, dozele au variat între 200.000—400.000 U.; toate cazurile cu fenomene de nefrită gravă, bronchopneumonie, simptome nervoase grave, s'au vindecat afară de unul internat în spital dupe 3 zile de anurie complectă.

C. Nicolau, L. Rădulescu et L. Bandu: Hépatothérapie intrasternale dans les anémies pernicieuses. Bull. Acad. Méd., 1—3/945.

Dozele de extracte hepatice de 3—4 ori mai mari de cât cele normale, administrate pe cale parenterală, nedând rezultate favorabile, autorii bănuind că principiul antianemic este în cantitate insuficientă din causa calităţii inferioare a preparatelor, au recurs la calea intrasternală, dupe aceaşi metodă ca acea practicată pentru explorarea sternală (metoda Arinkin). Au întrebuinţat Campolon-ul; 1—2 ctmc. la fel ca pentru injecţiile intramusculare; rezultatele se manifestă prompt; dupe primele ore simptomele subiective (din starea generală, t. diggestive, t. nervoase) se amendează; modificările hematologice dupe o perioadă de 6—10 zile constau în creşterea progresivă a globulelor roşii, leucocitelor, trombocitelor, hemoglobinei cari în 30—40 zile revin la normal; criza reticulocitară survine uneori dupe primele 4—5 zile.

---

*) Un acelaş proces de incitare la creştere, urmat de apariţia de fire de păr subţiri, pufoase, obţinea la vârsta de 70 ani răp. C. M. C. din Craiova, care îşi aplica pe chelia capului „Baumscheid", un fel de scarificator de mărimea unui degetar cu ace multe şi mărunte. Tratamentul cheliei s-ar putea inspira şi de la aceste constatări.

D. Pascu şi D. Mârţu: Penicilinoterapia în pleureziile purulente. Revue m. ch. de Jassy, 5—6/947.

Dupe evacuarea puroiului se injectează în pleură din 12 în 12 ore câte 50.000 U. în 10 cmc. ser fiziologic; când este posibil, şi intramuscular; minimum 400.000 U. Din 8 bolnavi, 2 au eşit cu fistule pleurale (1 n'a avut penicilină suficientă, altul a venit cu ea), ceilalţi s'au vindecat în timp scurt.

P. Costescu, Şerbănescu, Şt. I. Mircea: Contribuţiuni la tratamentul cu atropină în maladia serului. Revista sanitară militară, 4—6/1947.

Atropina restabileşte echilibrul neuro-vegetativ prin frenarea vagului, conform concepţiei Prof. Danielopolu.

D-r Constantinescu: Terapia emfizemului rezidual parapneumotoracic Spitalul, 1 | 1948.

Autorul a utilizat, dupe exemplul lui Lefevre, acţiunea sclerozantă şi simfizantă a injecţiilor locale cu chinină—uretan (10—20 ctmc, din soluţia chinină-uree 10%, la intervale de 2-3. săptămâni. Rezultate favorabile în 10 cazuri.

S. Rosenzveig: Novocaina intravenos. Medicina română, 15-16 | 947.

Se injectează novocaină pură sau clorhidrat de novacaină soluţie 1% în cantitate de 5-10 ctg.; încet; la început 2-5 ctg.; se poate repeta la nevoe dupe 1-2 ore; se încearcă intoleranţa prin injectare subcutanată de 1 cc. sau prin simplă badijonare a pielei. Există un antagonism între novocaină şi sulfamide. Indicaţii: astmul bronşic; embolia pulmonară; alte tulburări postoperatorii; dispnea cardiacă; novocainizare prearsenicală (înainte de injecţiile cu neosalvarsan); manifestări alergice (boala serului); sindrome dureroase digestive; anurie (într'un caz personal de intoxicaţie voluntară cu sublimat, terapia clasică n-a provocat timp de 7 zile decât o diureză de 18-30 cc. urină, în a 8 zi dupe 5 ctgr. de novocaină diureza a fost de 400 cmc, în a 9 zi dupe alţi 5 ctgr. 700 cc. urină); intoxicaţia oxicarbonată.

M. Balş Tratamentul tifosului exantematic. Medicina română, 23 | 1947.

Un referat general, în care tratamentul tif. ex. este pus la punct, bazat pe principiile: 1) de a lupta împotriva agentului patogen (prin seroterapie, acidul para-aminobenzoic; 2) tratamentul dezechilibrului circulator (prin vasoconstrictive, ser fiziologic sau glucozat, vitamina c, tonicardiace din grupul strofantinei — oleul camforat este vătămător); 3) trat. turburărilor nervoase; 4) trat. turburărilor homonale; 5) trat. preventiv şi curativ al infecţiilor intercurente. Toate aceste indicaţii terapeutice — cuprinse int'ro conduită practică; in reguli precise de profilaxie prin lupta contra tif. ex. prin imunizarea persoanelor receptive, prin distrugerea agentului vector graţie unor măsuri indispensabile pentru o eficace deparazitare, precedate de expunerea stărilor de patogenie şi evoluţie a boalei — fac indispensabil pentru practicienii cunoaşterea noţiunilor expuse în acest articol.

N. Covali, C. Vasiliu şi A. Condaxe: Tratamentul chirurgical al astmului Medicina română, 23/947.

Autorii expun etiologia şi trat. astmului simptomatic şi esenţial. In trat. astmului esenţial, bronşic, prezintă: 1) met. simpatectomiilor cervicale, 2) met. vagotomiei, 3) met. intervenţiilor combinate vagosimpatice. Autorii expun şi o nouă metodă chirurgicală, personală, „Implantul osos"*) în tratamentul astmului. Terapeutica ale cărei rezultate favorabile le sprijinesc pe 9 obs. clinice.

---

*) In esenţă, ca metoda propusă de D-r I. Manu, din Huedin, în trat. tb. pulmonară expusă în No. 1-2/947 al revistei.

O. Fodor şi **I. Zăgreanu:** Intoxicaţie cu sublimat vindecată prin administrare precoce de clorură de sodiu. — Soc. Şt. Med. din Cluj, Şed. din 28 N-brie 1947, Ardealul Medical No. 1/1948.

Dela început s-au practicat injecţii zilnice de 10—20 cmc., ser hipertonic 20% intravenos. Vindecare.

I. Radvan: Aspecte noui în fizopatologia, apărarea naturală şi terapeutică a infecţiunei malarice. Medicina română, 15-16 | 647.

Autorul expune faza septicemică a boalei şi faza focală; — apărarea antiseptic-emică de tip imunitar şi apărarea antifocală de natură hormonală şi reticulo-endoteliaiă; — rolul constituţional şi climatic în evoluţia boalei — imunitatea care este datorată hormonului suprarenomedular sau celorlalţi agenţi cu acţiune splenocontractilă, în primul rând adrenoterapia. In concluzie, din concepţia dualistă a patogeniei infecţiei malarice trebue să de inspire terapia care va imita forţele naturale ale organismului de a se vindeca spontan.

Psichiatrie

Oct. Maller: Principii de deontologie psichiatrică. Medicina română, 22 | 947.

Autorul sub titlul impropriu de „deontologie psichiatrică" expune situaţia Invăţământului şi a Organizării practice psichiatrice la noi; — prezintă esenţa psichiatriei în noua concepţie positivistă a disciplinei; — lipsa de justificare a creării serviciilor de neuro-psichiatrie, astfel cum funcţionează azi şi neînţelegerea importanţei psichiatriei din punct de vedere social, la noi; — şi prezintă sumar, dar cu atât mai eloquent situaţia organizării psichiatrice şi a situaţia medicilor psichiatrici în corpul medical (ca avantagii de salarizare cazare şi ore de lucru) în U. R. S. S.

Renal

A. Gartenberg: Rinichiul artificial. Medicina română, 20 | 1947.

Autorul referează asupra metodei creări unui rinichi artificial prin —heparină, care este anticoagulantă şi un tub de celofan de 10 metri, prin a cărui membrană dializează produsele metabolice acumulate în sânge în cazuri de uremie şi alte cauze de blocare a rinichiului — în care timp de extravazare a câte 500 gr sânge scos din artera radială şi de rapidă dializă extracorporală a sângelui încărcat de produse metabolice, se obţine deblocarea. Kolff şi colab. au obţinut 5 vindecări din 25 cazuri tratate.

Societăţi medicale

Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj. In Ardealul Medical No. 1/948, care serveşte de **Buletin** al acestei Societăţi medicale ştiinţifice româneşt, se prezintă Raportul de activitate pe anul 1947: 96 comunicări şi prezentări de cazuri; în 14 şedinţe ordinare şi 1 extraordinară, între care se remarcă şeşedinţa consacrată Noilor orientări în medicină şi cea consacrată Reticulinei M. a d-lui Prof. I. Moldovanu.

— Cantitativ şi calitativ de 28 ani de când fiinţează, este societatea medicală românească ştiinţică cu cea mai rodnică activitate. Este depozitara altor Arhive de medicină românească, (pe cari ne silim să le prezentăm şi noi în cadrul revistei A. M. R.), mai reduse dar mai legate, pentrucă reprezintă o contribuţie românească în cadrul unei singure şcoli medicale.

Tuberculoză

I. Banu: Realizări pe tărâmul luptei antituberculoase în U.R.S.S. Buletinul Sănătății, 1—12/947.

O prezentare a măsurilor luate în U.R.S.S. ca, creare şi organizare de dispensare, sanatorii şi spitale; depistări şi control prin medici specialişti — cari au scăzut mortalitatea prin tuberculoză de la 3‰ de bolnavi în 1913 (la Moscova) la 1,3‰, iar morbiditatea de la 2,4% la 0, 8—0,4%.

P. Roşu şi C. Ionescu: Consideraţiuni generale asupra pneumotoraxului extrapleural chirurgical. Medicina română, 20 | 947. Consid. făcute pe 395 t. extrapleurale personale. O singură dată s-a rupt caverna; fără pericol căci s-a oprit decolarea şi s-a pus un tub de dren.

Gh. Căiin: Meningita tuberc. în tub extrapleurală din mediul sanatorial marin. Medicina română, 20 | 1947.

In Sanatoriul maritim dela Agigea din 2229 bolnavi internaţi pentru tub. extrapulmonară au murit de tbc. m. 32 bolnavi, adică 1.43% — raportat la numărul de 200 decedaţi, vine 16 la sută; 62.50 % bărbaţi şi 37.50 % femei; 62.50 % din mediul urban şi 37.50 % din mediul rural; 62.50% dela 13 la 24 ani, 21.87 % dela 1-12 ani şi 17.63% dela 25-40 ani.

Venerice

N. Vătămanu: Consideraţiuni asupra situaţiei actuale a boalelor venerice. Buletinul Sănătății, 1—12/947.

Consideraţiuni generale asupra diferitelor aspecte ale acestor boale şi asupra măsurilor de aplicat, de cel mai mare folos practic. De cunoscut de cei cari sunt însărcinaţi oficial cu combaterea boalelor venerice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Continuare dela pag. 342

transpirație întralta, cu toate că pătucul este așezat în fața ușii care dă în sala și sala dă afară. Străfigă într'una și tușește de nu mai poate. Cu toate că descoperit, nădușește mereu și ca un făcut răcește. Nu mai suge, nu mai bea, decât poțiunile când e strâns de nas. Se usucă. Odaie supraîncălzită. Scutece ude aruncate peste tot, la îndemână. Sala rece, ca afară. Sosește al patrulea flacon de penicilină, mai cu greu. Tatăl în căutare de alte echipe de medici.

Ameliorarea, și cu încetul vindecarea, vine când se închide ușa care da în sală și se deschide alta dând într'o cameră vecină, care se încălzește mai mult ca a copilului și prin care se va face circulația. Scutecile vin uscate gata Copilul deși acoperit nu mai nădușește. Începe să bea. Se hidratează. Tratamentul clasic la nas la piept, și mai puțin costisitor și chinuitor, dă rezultate. Copilul se restabilește.

Excese de zel, multiple. Din partea părinților, în iubirea lor pentru copil. Din partea medicilor, în devotamentul lor. Din partea medicinei, de specializare. Și a terapeuticei, de modă.

In medicină, mai ales, măsura. „Et surtout, pas trop de zèle". Că poate pacientul să și moară, ca un mare om de stat al nostru; și ca bogătașul Jean Mihail din Craiova, care a murit cu șapte medici. Sau deabia să scape, ca un simpatic, nu numai prin poziția ce deține în corpul medical, medic pe care devotamenttul confraților îl copleșise.

Nu prea mult zel medical, uneori. Cât mai mult, alteori. Dupe caz. Ca în viață.

Digitized by Central University Library, Cluj

RECTIFICĂRI

Ne scrie D-l D-r R. Himelbrand, medic primar chirurg la Iași:

„In ce privește lucrarea mea intitulată **„Tratamentul chirurgical al paraliziei faciale periferice prin rezecția primului ganglion simpatic cervical"**, publicată în **No. 1—2/1948** din revista d-voastră, și în care afirmam că prima operație de acest gen în literatura românească este a Prof. D-r Plăcinteanu, publicată în „Revista de Chirurgie" din No. 5—6/1937, țin să revin, în sensul că primele operații în literatura românească sunt cele publicate de D-ri Ioan Jianu și Buzoianu (Gh., încă din anul 1927. De atunci ei au făcut multe operațiuni de acest gen, publicate în diferite reviste medicale din țară și străinătate. Din spirit de imparțialitate și corectitudine științifică vă rog a face cuvenita rectificare în revista D-voastră".

*

Autorul articolului **„Un nou tratament al scabiei"**, dela pagina 266, este D-l D-r **Toma Sârbu**, nu Stanca Sârbu.

*

Autorii lucrării **„Asupra septicemiei gonococice precoce a uretritei blenoragice acute și a trat. ei prin sulfamide"**, semnalată în Nota redacției, dela pagina 311 jos, cari au fost omiși, sunt: Docenții **M. Cânciulescu și Al. Daniel.**

CERCUL DE STUDII DE PEDIATRIE PREVENTIVĂ ŞI CURATIVĂ CLUJ

de pe lângă Facultatea de Medicină şi Sindicatul Sanitar.

S'a constituit la iniţiativa Clinicij Infanţile de sub conducerea **Prof. D-r Axente Iancu**, alegându-se următorul **Comitet pe anul 1948/1949**:

Preşedinte: Prof. D-r Axente Iancu. Vice-preşedinţi: D-r V. Munteanu, D-r I. Prodan, Sanda D-r Cupcea, D-r Kiss Arpad, D-r I. Szentkiralyi. Secretar general: D-r Octavian Pop. Secretari de şedinţă: D-r Octavia Mărgineanu, D-r Ilie Bălteanu, D-r Adriana Drimba. Casier: D-r Ponova. Bibliotecar: D-r Gh. Goldiş. Comisia de Control: D-r Valeria Bologa, D-r I. Bogdan. Membrii în comitet: Prof. D-r Gr. Benetato, Prof. D-r S. Cupcea, Prof. D-r I. Gavrilă, Prof. D-r M. Kernbach, Prof. D-r Traian Popoviciu, Prof. D-r Al. Roşca, Conf. D-r I. Ardeleanu, Conf. D-r P. Bruda, Conf. D-r I. Prăgoiu, Conf. D-r C-tin Stanca, D-r T. Dragomir, D-r P. Avrămoiu, D-r T. Ilea, D-r N. Pojghi, D-r L. Prodan, D-na D-r Constantinescu-Neymann, D-r Eugenia Mihalca, D-r E. Bota, D-r Iuliana Ţârlea, D-r Adriana Berariu, D-r Elisabeta Zolog, D-r Agneta Ausländer, D-r Rosenthal, D-r M. Sulică, D-r F. Leitner, D-r A. Neuländer, D-r St. Gărbea, D-r L. Moraru, D-r V. V. Papilian, D-r I. Struhl, D-r Mariana Bruck, D-r M. Băncilă, D-ra Maria Cristea.

Prima şedinţă de comunicări s'a ţinut la 9. III. 1948, fiind consacrată **problemei rachitismului.**

Prof. D-r Axente Iancu tratează despre **rahitism ca boală socială**, insistând asupra frecvenţei (**Maslov, Langovoi: 70%, Iancu-Benetato-Moldvalaua:** 66,66%, **Schmorl:** 98%), condiţiunilor nefavorabile de viaţă (locuinţă, îngrijire şi alimentaţie defectuasă) şi despre necesitatea combaterii rachitismului prin măsuri practice şi terapeutice.

D-r Eugenia Mihalca expune **simptomatologia clinică a rahitismului** după localizarea, evoluţie şi vârstă. Diagnosticul precoce se face prin laborator şi Rx.

D-r Agneta Auslander arată diferitele faze prin care a trecut **tratamentul antirahitic** de la aplicarea lui empirică şi până la descoperirea vitaminei D.

D-r N. Horincaru-Butuza expune **nevoile fiziologice ale copilului, în vitamină D.** în stare de sănătate şi de boală.

D-r Neuländer Artur descrie **tratamentul rahitismului: alimentar-dietetic, fizioterapic şi medicamentos,** indicând preparatele de vitamină D simple şi asociate precum şi posologis lor.

D-r Octavian Pop vorbeşte despre **profilaxia individuală şi medico-socială a rahitismului,** care are la bază aplicarea celor trei principii profilactice (igieno-dietetic, fizioterapic şi medicamentos) mamelor gravide, mamelor care alăptează şi copiilor de la 3 luni la doi ani.

CERCUL DE STUDII MEDICO-FARMACEUTIC DIN CRAIOVA

Proces-Verbal al Şedinţei din 8 Martie 1948

Mandatul Comitetului fiind depus, Adunarea alege Preşedinte pentru această şedinţă pe D-l Medic General D-r Aug. Vasilescu, care la ora 7 şi 1/4 seara, declară şedinţa deschisă, pe ordinea de zi fiind:

1) Conferinţa D-lui D-r I. Rosenstein: „Există o criză a gândirii medicale?"

2) Alegerea noului Comitet.

Adunarea aprobând o intervertire a ordinei de zi, se începe cu punctul 2.

D-l D-r **T. Nicolin,** Preşedintele comisiei de verificare, citeşte procesul-verbal asupra activităţii fostului Comitet, pe care Adunarea îl aprobă întocmai, dând astfel descărcare Comitetului de sub preşedenţia D-lui D-r M. Arsenie, a cărui activitate a încetat.

D-l D-r **S. Lăzărescu,** fost Secretar general, arată activitatea Secretariatului pe anul expirat: 17 şedinţe ştiinţifice, 17 conferinţe, 41 comunicări ştiinţifice, reapariţia Buletinului Cercului, Reuniunea colegială dela 17 Martie 1947, precum şi greutăţile ce a avut de întâmpinat.

D-l D-r **I. Escidenazi,** expune situaţia casei, în calitate de fost Casier al Cercului.

D-l D-r **M. Arsenie,** fost Preşed. al Cercului, arată că realizările făcute de Comitet sunt în mare măsură opera fostului Secretar general, D-l D-r S. Lăzărescu. Mulţumeşte în numele întregului Comitet, membrilor Cercului pentru concursul dat Comitetului şi îşi exprimă mulţumirea că în cea mai mare parte obligaţiile ce şi-a luat, când a fost ales Preşedinte, au fost îndeplinite, cerând ca cele rămase să fie duse la bun sfârşit de viitorul Comitet.

D-l Medic General D-r **A. Vasilescu,** întreabă Adunarea dacă este cineva între membrii Cercului care ar vrea să candideze în unul din locurile din Comitet.

Cerând cuvântul, D-l D-r **Spănişteanu** propune o listă de candidaţi, dintre membrii Cercului care au avut la Cerc o activitate deosebită, listă ce este aprobată de Adunare în unanimitate cu vii aplauze.

Astfel, sunt aleşi: D-l D-r I. Rosenstein, Preşedinte; D-nii D-ri

E. Botta, L. Dariu şi farm. Viorel Dan, Vicepreşedinţi; D-l D-r S. Lăzărescu, Secretar general, D-l D-r A. Vasiliu, Casier; D-l D-r Schnabel, Bibliotecar; D-l D-r P. Firescu şi D-ra D-r E. Marinescu, Secretari de şedinţă.

D-l Medic General D-r A. Vasilescu, cedează fotoliul preşedenţiall D-lui D-r I. Rosenstein.

D-l D-r **I. Rosenstein**, mulţumeşte colegilor pentru alegerea sal şi expune **programul de activitate** pe care Comitetul înţelege să-l desfăşoare şi anume:

1. Cercul de studii medico-farmaceutic trebue să conlucreze strâns cu Sindicatul Sanitar, constituind pentru acesta laboratorul unde se cercetează problemele sanitare ale judeţului şi de unde pleacă propuneri practice în legătură cu problemele medico-sociale.

Pentru aceasta, Preşedintele Cercului crede că trebue eşit din inchistarea individualistă şi aşa numită „strict ştiinţifică" şi corpul medical trebue să-şi extindă preocupările în domeniul medico-social, adâncind problemele sanitare studiate chiar în mijlocul masselor, legând aceste probleme de cele economice şi culturale.

2. In acest scop în programele şedinţelor Cercului nu trebue să lipsească comunicări cu conţinut medico-social, iar comisii speciale să studieze şi să facă propuneri pentru campaniile sanitare iniţiate de guvern sau după nevoile locale întreprinse de Sindicatul Sanitar.

3. Pentru a menţine legătura cu progresele ştiinţei medicale, vor fi invitaţi Profesori ai Facultăţilor noastre de medicină să prezinte la şedinţele Cercului, Conferinţe despre Actualităţi în diferite specialităţi.

4. Reorganizarea bibliotecii Cercului şi dotarea acestuia cu tot mai multe reviste de specialitate.

La **discuţii** iau cuvântul D-l Doc. D-r Cânciulescu, D-r I. Vasilescu, D-r P. Chiper, D-r M. Arsenie, D-r T. Moise şi D-r V. Motelică.

D-nul Docent D-r **M. Cânciulescu**, felicită pe D-l D-r **I. Rosenstein**, fostul D-sale intern la spital şi colaborator la revistă, pentru demnitatea în care a fost ales de membrii Cercului. D-sa este un om nou, cu idei democrate şi un medic nou, cu vederi largi în domeniul Medicinei sociale. Propunerea de a face din Cercul Medico-Farmaceutic din din Craiova, una din cele mai vechi Societăţi medicale ştiinţifice din ţară, **Cercul de Studii medico-farmaceutice al Sindicatului sanitar de** Dolj este binevenită şi la timp venită. Scoate Cercul din marasmul său ştiinţific şi îl angrenează în domeniul medicinei aplicate; păstrându-şi individualitatea, Cercul va intra în câmpul muuncei colective; Sindicatul Sanitar, organ de aplicare sanitară, îşi capătă organul de concepţie pentru rezolvarea problemelor sanitare locale.

Şedinţa din 10 Aprilie 1948

In cadrul şedinţei Cercului medico-farmaceutic vorbeşte D-l Prof. universitar **Marius Georgescu** dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, care inaugurează seria de conferinţe pe specialităţi vorbind despre **„Actualităţi medicale în obstetrică şi ginecologie"**.

Conferenţiarul schiţează mai întâi o privire de ansamblu în specialitate, vizând mamoşul şi ginecologul care trebue să arate pe lângă tehnică, îndemânare şi cultură, şi multă răbdare, curaj şi omenie — D-sa vorbeşte apoi despre sarcină, despre acest proces natural unde intervin glandele cu secreţie internă şi mai ales placenta, subliniind că în evoluţia ei este greu de a face diferenţierea între fiziologie şi patologie. Inchee apoi Conferinţa D-sale, enumerând progresele ştiinţifice făcute în domeniul acestei specialităţi precum şi nouile achiziţii ştiinţifice.

D-l D-r I. Rosenstein, Preşedintele Cercului, mulţumeşte Conferenţiarului pentru frumoasa şi instructiva Conferinţă.

D-l D-r Parhon I., tratează despre **„Inhibiţia hormonului hipofizar Prolactina prin extracte oestrogene din urina de femee gravidă.** Arată rezultatele excelente obţinute de D-sa şi colaboratorii săi: D-r Baciu şi D-ra D-r Marinescu Elena asupra a unui mare număr de cazuri internate în serv. maternităţii pe care o conduce.

D-ra D-r Alexiu, dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, mulţumeşte D-lui D-r Parhon, pentru achiziţiile practice făcute în specialitate şi îşi exprimă satisfacţia că pleacă din această Societate ştiinţifică cu fapte noui, încă necunoscute.

Conferinţa dela Sala Renaşterea

Intr'o conferinţă publică ţinută în Sala Renaşterea, D-l Prof. M. G., face o privire de ansamblu asupra celei mai importante probleme sociale **„Mama şi Copilul"**; D-sa arată că prin protecţia mamei se asigură în primul rând desvoltarea valorii calitative a naţiunii, iar copilul care este un element cu o sensibilitate particulară, dependent de mediului înconjurător, necesită o atenţie deosebită. Conferenţiarul arată apoi toate deficienţele de organizare în ceea ce priveşte protecţia mamei şi copilului la noi, subliniind faptul că suntem ţara cu cea mai mare mortalitate infantilă din Europa; arată apoi igiena tuturor etapelor vieţii femeii şi ilustrează cu date realizările din alte ţări, unde capitalul biologic „Copilul" este apărat de stat, instituţii, întreprinderi. Insistă apoi în mod special asupra realizărilor din U.R.S.S. în ceea ce priveşte organizarea maternităţii, putând spune chiar că Uniunea Sovietică se găseşte în vârful piramidei în ceea ce priveşte problema mamei şi copilului, făcând notă discordantă nu numai cu noi unde lipsa de protecţie a copilului duce la o adevărată degradare biologică, dar chiar cu multe alte ţări din Europa. Expune apoi părerile d-sale despre felul cum ar trebui să fie privită problema maternităţii, problemă de care s'au sesizat însuşi legiuitorii care au înserat în paginile nouii Constituţii, articole ce şterg pata neagră a trecutului, acordând mamei şi copilului protecţia specială la care au dreptul.

Şedinţa din 24 Aprilie 1948.

Şedinţa se deschide sub preşedenţia D-lui D-r I. Rosenstein.

I. Se dă cuvântul D-lui D-r Sava Lăzărescu, care în cadrul unei reviste generale vorbeşte despre subiectul: **„S'au înregistrat progrese în tratamentul epilepsiei?"**

Digitized by Central University Library Cluj

II. Se trece apoi la Comunicarea D-lor D-ri Butescu Eugen, Rosenstein I., Motelică V., şi Uşer Silberman, tratând despre: „Aspecte medico-sociale ale epidemiei de tifos exantematic din judeţul Dolj."

Autorii pleacă dela premisa justă şi ştiinţifică ce se aplică în deosebi tifosului exantematic, că există o strânsă corelaţie între starea economică, starea culturală şi starea sanitară a populaţiei.

In ceea ce priveşte tifosul exantematic dovezile sunt concludente.

Examinând două plăşi ale judeţului Dolj, cari împreună au totalizat 34% din numărul cazurilor din întreg judeţul, demonstrează că această cifră ridicată de îmbolnăviri concordă cu prezenţa în aceste plăşi a întinderilor mari de pământ stăpânite până de curând de câţiva latifundiari, fapt ce a creiat o stare mizerabilă economică masselor ţărăneşti.

Fiind vorba de plasa Şegarcea şi Băileşti, autorii arată procentul foarte ridicat al cazurilor pe toată întinderea fostelor Domenii Regale şi a altor mari latifundiari prin cari massele ţărăneşti au fost ţinute în neagră mizerie.

Procentele de analfabeţi cercetate în aceleaşi plăşi, sunt cele mai ridicate din tot judeţul, dovedind strânsa corelaţie între starea economică şi culturală şi între acestea şi starea sanitară.

Concluziile autorilor sunt: lupta medico-socială ca şi lupta de culturalizare trebue strâns împletite cu lupta socială care poate duce la îmbunătăţirea stării economice a poporului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La **discuţii**, ia cuvântul D-l **Docent D-r Cănciulescu M.** cari spune că remarca Conferenţiarului este f. justă, în ceea ce priveşte corelaţia intimă între starea economică culturală şi sanitară. D-sa întreabă dacă asemenea chestiuni s'au mai publicat la noi în ţară, şi cere materialul cules pentru a fi publicat. In cea ce priveşte tifosul exantematic, de mult timp bântuia endemic în Capitală printre ţiganii dela cărămidăriile de lângă Colentina. Era numită Febră ţigănească. Ţiganii întrunesc întru totul condiţiile semnalate. Acestei Febre ţigăneşti a căzut victimă chiar D-rul Calistrat Grozovici „Şeful Serv. de Contagioşi dela Spit. Colentina".

D-l D-r Şternberg spune că un studiu comparativ ar fi şi mai convingător, dar pentru aceasta ar trebui să avem şi situaţia sănitară din ânii precedenţi.

D-l D-r Copăceanu P. arată că metoda propusă este f. bună, însă în materie de tifos exantematic este ceva tranzitoriu şi aplicarea ei ar fi mai nimerită la t. b. c.

D-l D-r Rosenştain: mulţumeşte D-lui D-r Cănciulescu pentru onoarea ce o face de a publica în revista D-sale comunicarea făcută, însă deocamdată aceasta nu poate fi publicată; dacă însă lucrarea se va putea complectă ulterior şi cu alte date culese tot de pe teren, publicarea în această revistă ştiinţifică de mare tiraj va fi o cinste pentru autorii articolului. In ceea ce priveşte restul de publicaţii, se subliniază că lipseşte în special mortalitatea infantilă care merge mână în mână cu culturalul şi economicul — ; datele menţionate în corpul comunicării sunt absolut riguros controlate, precise şi recente — La t. b. c. aplicarea nu s'a făcut paralel între economic, cultural şi sanitar; s'a ajuns chiar la concluzia că numărul cazurilor de t. b. c. a crescut peste tot, şi mai mult în mediul rural

decât în cel urban, fapt paradoxal în aparenţă, dar explicàt prin nivelul de trai mult mai ridicat al muncitorului salariat.

D-l D-r Spânişteanu M. spune că întradevăr mizeria economică primează în epidemiile de tifos exantematic şi că epidemiile au corelaţie intimă mai ales cu războiul.

D-l D-r Nicolin T. arată că în ce priveşte tifosul exantematic este vorba de o maladie epidemică ca oricare alta; este totuşi de acord că lipsurile merg mână în mână cu starea socială.

Răspunzând D-l D-r Spânişteanu şi Nicolin, D-l D-r **Rosenştain** spune că epidemiile survin şi fără războiu; păduchele este cartea de vizită a ignoranţei şi mizeriei; orice boală este considerată ca socială şi orice om este social cu atâta mai mult tifosul exantematic este o boală socială un lucru este cert însă: correlaţia intimă între economic, cultural şi sanitar; soluţiile stau în lupta socială care rezolvă întâi economicul ce duce la cultural şi sanitar.

D-l D-r Motelică V. face o paralelă între anii 1940-1944, şi 1944-47 evidenţiind faptul că epidemia de t.. exant. a fost mai pronunţată înainte de războiu şi acum decât în timpul războiului.

D-l D-r Panea A.. face remarca că în tifosul exantematic vechiculàreà se face mai mult acolo unde există căi ferate, şi că există şi sate sărace cu stare economică bună— d-sa crede că ar fi fost bine dacă cu ocazia comunicării s'ar fi făcut uz şi de procentaj pentru că există nu numai bolnavi săraci ci şi bogaţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l D-r Rosenstain: răspunde că într'adevăr sunt sate sărace fără epidemii datorită faptului că locuitorii lucrează în industrii, iar linia ferată nu este decât un indicator de bogăţii.

III. D-r Max Schnabel: Un caz de neoplasm pulmonar tratat cu A. F. 2.

La discuţii: D-l D-r **Cănculescu** felicită pe D-l D-r Schnabel pentru truda observaţiei deşi subliniază că însuşi experimentatorul preparatului a, f 2 Guarnieri s'a lepădat de preparatul său.

D-l D-r Arsenie Marin spune că examinarea s'a făcut insuficient (numai bacteriologic nu şi patologic) pentru alţi germeni aspectul invită, cum era f. natural să ne gândim, întâi la un abces pulmonar; azi tratamentul cu A f 2 este complect părăsit din cauza insuficienţii sale.

D-l D-r Parhon Ion citează cazul unui ca. uterin unde administrarea preparatului A f2 a produs anumite modificări: a combătut anemia, şi fenomenele dureroase.

D-l D-r Schnabel: răspunde D-l D-r Cănculescu că nu ştie dacă autorul s'a lepădat de preparatul său; în ce priveşte ca. uterin diferă de celelalte căci cedează la radioterapia profundă.

D-l D-r Cănculescu răspunde conferenţiarului că nu există nici un dubiu asupra celor spuse mai sus, întru cât nu numai presa a subliniat ineficacitatea acestui preparat, ci însuşi Guarnieri à declàrat că a renunţat la întrebuinţarea în Institutul său a acestui preparat care n'a dat rezultatele dorite.

alocaţii pentru alimentare, alocaţii progresive pentru fiecare copil în plus, El se mai extinde deasemeni printr'o serie de măsuri tinzând a proteja mama în câmpul muncii; scutire de munci grele, de munci de noapte etc. etc...

IX. Sistemul sovietic adoptă faţă de problema **invalizilor de răsboi** o poziţie pe cât de umanitară pe atât de concretă. In chestiunea recalificării invalizilor, guvernul sovietic a trecut la realizări practice: se plasează în întreprinderi toţi invalizii capabili de a efectua o muncă. Chestiunea aceàstà a luat o amploare cu totul extraordinară în U. R. S. S. eà constituind o preocupare zilnică, a tuturor forurilor economice şi sindicale. Mii, sute de mii de invalizi se reîntorc în câmpul muncii câştigându-şi o existenţă mult mai largă decât aceia la care le-ar fi dat posibilitatea pensia şi fiind totodată utili colectivităţii. In statul sovietic — care nu cunoaşte şomajul — fiecare braţ de muncă este preţuit şi valorificat.

După cum se vede, în toate principalele probleme cărora trebue să le facă faţă, sistemul asigurărilor sovietice aduce un punct de vedere, o concepţie şi o metodă nouă, revoluţionară.

D-sa a încheiat: „Noi avem multe de învăţat din experienţa sovietică. Timp de 30 ani, acest sistem a fost organizat, prelucrat, şi perfecţionàt. Cà să ajungem a avea şi la noi un **sistem de Asig. Sociale tot atât de avansat** ca acel al Uniunei Sovietice mai avem mult de luptat şi de muncit. **Evoluţia Asig. Sociale este strâns legată de ansamblul realităţilor economice, sociale şi politice.** Cu cât vom avansa mai mult vom putea avea un sistem de asigurări din ce în ce mai bun".

— Dacă vom sta peloc, Sistemul de asigurări va rămâne în urmă şi va deveni din ce în ce mai rău.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

O comparaţie între Asig. sociale în U. R. S. S. şi alte ţări, între cari şi noi, face cu ocazia comentării Conf. D-lui D-r Pruteanu D-l D-r *Gr. Graur,* care arată că în U. R. S. S. Asigurările sociale au o mai mare extindere atât în suprafaţă (absolut toţi lucrătorii şi funcţionarii fac parte din asigurare; pe când în ţările capitaliste ţăranii, lucrătorii sezonieri, zilierii nu fac parte) cât şi în adâncime (în U. R. S. S. asigurările se extind asupra mai multor riscuri, ajutorul bănesc începe din prima zi, pensiile sunt suficiente să acopere nevoile asiguraţilor, prevenirea bolii începe din copilărie). Altă deosebire stă în modul de finanţare al asigurărilor (în ţările capitaliste, contribuţia se împarte între patron şi salariaţi în proporţii variabile dela ţară la ţară; în U. R. S. S., toate cotizaţiile le plătesc întreprinderile), şi în cotele stabilite. O altă deosebire: în U. R. S. S. asigurările nu dau îngrijire spitalicească, pentru-că întreaga asistenţă medicală este gratuită şi cade în sarcina M-terului Sănătăţii. Cea mai mare deosebire constă în organizarea lor ad-tivă: Ad-ţia şi controlul nu sunt exercitate de organizaţii speciale, ci sunt o sarcină şi un drept al Cons. de asigurări de pe lângă fiecare Comitet sindical.

— O şi mai mare deosebire între sisteme, modul cum funcţionează Asigurările Sociale în U. R. S. S. şi celelalte ţări.

Dreptul la odihnă

Art. 20.—Cetăţenii au *drept la odihnă.* Dreptul la odihnă este asigurat prin reglementarea orelor de muncă, prin concedii plătite, prin organizarea de case de odihnă, sanatorii, cluburi, parcuri, terenuri de sport şi aşezăminte special amenajate.

Dreptul la odihnă a fost salutat cu căldură, şi cu convingere, in presa românească :

*

Imperativ categoric al Biologiei, necesitate inexorabilă a Sufletului, comandament în concordanţă cu principiile eterne ale Universului—îl socoteşte D-l D-r *I. Stănescu,* Şef de lucrări la Fac. de medicină din Bucureşti, într'un documentat articol în care *explică fiziologiceşte nevoia odihnei dupe muncă* (cu excepţia muncei intelectuale pe care schimbarea cu o muncă fizică sau înlocuirea cu altă îndeletnicire psichică o satisface) pentru individ, caşi pentru pământul productiv; în microscom caşi în macrocosm; la Grect şi la Romani cu instituirea Saturnalelor, caşi în vechiul şi nou Testament cu respectarea Sâmbeteĭ sau Duminicei; cu Decadele, o zi de repaos dupe 9 zile de lucru; cu ziua de 7 ore; cu înjumătăţirea zilelor; cu împărţirea orelor în timpul zilei ş. a.

*

Dreptul la odihnă în staţiunile balneare îl reclamă D-l *Cezar Petrescu,* cu isbituri democratice de bidinea pe fresca Societăţii româneşti moderne la care adaogă neostenit tablou dupe tablou, nu pentru doamnele cu căţeluşi de rasă şi pedigreu ci pentru *ţara reală a muncii care produce.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Dreptul la odihnă, căpătat de curând, îl ilustrează cu cifre eloquente D-l *C. Olariu* care enumeră toate înlesnirile pe care Statul democrat le-a dispus în favoarea odihnei salariaţilor publici dupe *planul întocmit de M-terul muncei, şi prevederilor sociale în colaborare cu Confederaţia g-rală a muncii*: vile rechiziţionate, importante reduceri şi scutiri de taxe, criterii dupe cari vor fi trimişi salariaţii în Casele de odihnă, tarife reduse la locuinţă şi masă, reduceri de 25 şi 50% pe C. F. R., 100 de lei pe zi subvenţie, salariul cuvenit peniru concediu se achită anticipat fără nicio reţinere.

*

D-l *S. Vornea,* în Vorbele de clacă, cu tâlc, aduce vorba despre *Certificatul medical* cu tot felul de analize medicale care servea ca instrument contra dreptului la muncă al solicitantului fără protecţie la un cât de modest loc în câmpul muncii la Stat; sau care nu era eliberat din teama doctorilor dela departamente terorizaţi de şefii de ad-ţii cari le interziceau să mai acorde concedii.

— In armată, medicii recrutori înrolau şi pe predispuşi şi nu le

făceau formele de înapoere la vatră până nu cădeau pe brânci. In *„Certificita"*, boală a certificatelor denunţată de Le Scalpel în 1947, boală care bântue şi la noi, această abţinere constitue o excepţie nenorocită, căci obligă pe un funcţionar sau muncitor să lucreze o viaţă întreagă fără o zi de concediu, până se îmbolnăveşte de tot.

*

Au început concediile de odihnă (la munte au sosiţ salariaţii din porturi); *Prima serie de copii a plecat la mare şi la munte*; *Unde vor funcţiona coloniile de vară*; *Staţiunile balneare anul acesta*, sunt titlurile diferitelor reportagii

— cari anunţă evenimentul ne mai pomenit, că pleacă în viligiatură pe contul Statului muncitorul năcăjit.

*

Dreptul la odihnă aduce şi *Vacanţa şcolară*. Despre *Organizarea vacanţei şcolare* scrie documentat D-na *Alice Gabrielescu:* vacanţa nu va mai fi, ca în trecut, pentru şcolari întrerupere de orice ocupaţie, ci va fi ocupată printr'o activitate dirijată de U. A. E. R. (Uniunea Asociaţiilor Elevilor Români), în cluburi al căror sediu va fi in localul şcoalei, sub supravegherea profesorilor lor; în discuţii asupra unor subiecte şcolare şi sociale; în şedinţe de studiu, pentru adâncirea materiei; în cenacluri literare cu critică şi auto-critică, pentru cei dotaţi, în cadrul „Revistei elevilor"; într'o activitate artistică şi sportivă; în întreceri şi Olimpiadă a tineretului (precum cea organizată cu prilejul sărbătoririi revoluţiei dela 1848) sau paradă a elevilor (în Stadionul dela şosea); în vizite la abrici şi trimetere de brigăzi pe şantiere; participare ca lectori şi îndrumători la cursurile de alfabetizare sau cursuri de limbi străine pentru muncitori; colonii de vară la munte sau mare pentru debili.

— Reprezintă toate aceste feluri de activităţi o variaţie care odihneşte de munca intelectuală din timpul anului, pune în mişcare resorturi somato-psichice nuoi a căror antrenare progresivă împiedecă oboseala şi asigură o desvoltare armonioasă a tutulor facultăţilor şi posibilităţilor elevului.

*

In vacanţă pleacă nu numai copii şi elevii, dar şi vârstnicii, toată lumea. Nu câţi ar vrea, cine poate. Distinsa scriitoare şi poetă D-na *Claudia Milian*, — amintindu-şi de timpul când absolventă proaspătă a Şcoalei centrale, cu codiţe împletite în jurul capului şi sufletul deschis ca şi ochii, a mers la mare în colonia dela Eforia-Tekirghiol, unde a rămas 2 serii în rând,—constată că odihna din vacanţă oferă nu numai întremare, răgaz şi pregătire pentru munca viitoare, dar şi prilej pentru alte roade; nu numai scoici de pe malul mării şi al Ghiolului pentru brăţări, ci, ciţez, şi „burueni pentru ceaiuri de pe şesurile smălţate de toate florile căldurii şi ale luminei ca muşeţelul, coada şoricelului, sunătoarea, isma spirtoasă; pătlagina pentru răni, unele frunze alinătoare pentru dureri şi arţarul

împotriva îngroşării sângelui. Culegerea florilor de leac şi pătrunderea adâncă în mărinimia naturii nu-ţi ia din putere, dimpotrivă te simţi mai solid, mai tânăr şi mai învăţat de cum ai venit". Prilej încă în vacanţă, a mai afla câte ceva din obiceiurile şi despre neamul pasărilor.

— A mai învăţa Botanica medicală, care nu se mai predă în Facultăţile noastre de medicină şi pentru care revista noastră a deschis rubrică specială în frunte cu D-l D-r N. Igna dela Alba-Iulia. Şi a găsi în sânul naturii isvorul de tinereţe dupe care năzuia Faust.

Desvoltarea ştiinţei şi artei

Art. 23.—*Statul încurajează şi sprijină desvoltarea ştiinţei şi a artei şi organizează institute de cercetări, biblioteci, edituri, teatre, muzee, conservatoare.* La art. 22, se proclamase Dreptul la învăţătură pentru toţi cetăţenii. La art. 20, Dreptul la odihnă. La art. 19, Dreptul la muncă, după ce în art. 12 se decretase Datoria fiecărui cetăţean de a munci. Mai în urmă, la art. 25, se vorbeşte de grija pe care Statul o poartă de Sănătatea publică.

—Vedem în această înşirare de drepturi o succesiune logică. Mens sana in corpore sano, nu poate asigura decât cartea. O minte cultivată uşurează şi ajută sănătăţii trupeşti. De minţi luminate are nevoe Statul în toate compartimentele vieţei de stat şi ale vieţei sociale. Cu atât mai mult de adâncirea ştiinţifică a tutulor problemelor. De această necesitate se ocupă în art. 23 din Constituţie Státul care în prealabil a şi înfiinţat *Institutul national de cercetări ştiinţifice* şi a grupat într'o singură *Academie a Republicei Populare Române* toate Institutele şi Academiile existente. In presă s'au scris articole autorizate.

*

Despre *Organizarea cercetărilor ştiinţifice* tratează D-l *Prof. Iosfi I. Gabrea* dela Universitatea din Bucureşti în „Semnalul" din 1 Aprilie a. c., şi despre *Crearea şi difuzarea ştiinţei* în No. din 25 Aprilie. D-sa arată că în legiuirile trecute nu se făcea menţiune despre o anume organizare a cercetărilor ştiinţifice, cu atât mai puţin despre o obligaţie a statului de a le încuraja, sprijini şi organiza. Cercetările ştiinţifice erau lăsate pe seama fie-cărei catedre şi a titularului respectiv. De o colaborare cu atât mai puţin nu putea fi vorba. Ştiinţa devenind un bun comun al omenirii întregi, nu apanajul câtorva, concepţia colectivistă solidaristă a luat locul celei individualiste în statele democrate, cari au recunoscut utilitatea ştiinţei şi necesitatea organizării cercetărilor în colaborare ca şi meritele cercetătorilor în acest domeniu. Organizarea cercetării ştiinţifice necesită cheltueli mari. Crearea şi difuzarea ştiinţei trebueşte organizată separat, fiecare având caractere deosebite. In procesul de creare se merge spre specializare din ce în ce mai restrânsă, spre monotecnicitate; psichologia procesului de creaţie cere intuire a problemelor, aprofundare şi verificare, o activitate de profunziune cu adaptarea

spiritului la realitatea de cercetat; cercetătorul trebue să se deplaseze pe teren; timpul unei cercetări nu poate fi măsurat; rezultatul cercetării poate fi problematic; dar odată obţinut are circulaţie universală, bucurându-se de ubicuitate; cercetarea necesită colaborare cu specialităţi vecine, laboratoare speciale ţinute la nivel cu toate perfecţionările, cercetătorul mergând în necunoscut. Procesul de difuzare a ştiinţei necesită un orizont al întregei discipline; face operă de suprafaţă; cere aptitudini anume, un personal ştiinţific restrâns, săli de conferinţe nu laboratoare, expuneri de durată limitată ş. a. De aceia ambele activităţi trebuesc separate şi exercitate de persoane distincte.

*

D-l Conf. *D-r A. Radovici* arată că în *Testamentul său ştiinţific Pavlov* recomandă tineretului dedicat ştiinţei:

„In primul rând *consecvenţă*. Nu pot să vorbesc fără emoţie despre această condiţie esenţială pentru o activitate ştiinţifică. Consecvenţă. consecvenţă şi iar consecvenţă. *Invăţaţi, elementele de bază ale ştiinţei*, înainte de a vă avânta spre eulmile ei. Nu încercaţi niciodată să masçaţi lacunele cunoştinţelor cu hipoteze îndrăzneţe şi speculaţii. Invăţaţi-vă *să faceţi şi partea pur manuală* a activităţii ştiinţifice. *Studiaţi, comparaţi, adunaţi* fapte concrete. *Faptele concrete* sunt aerul omului de ştiinţă. Fără ele, teoriile voastre sunt simple vorbării. Feriţi-vă, totuşi, să vă transformaţi într'o simplă arhivă de fapte Căutaţi cu insistenţă legile cari le conduc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In al doilea rând, *modestie*. Să nu vă închipuiţi niciodată că ştiţi totul. Oricât de apreciat veţi fi, să aveţi totdeauna curajul de a spune: sunt un ignorant. Orgoliul vă poate face să pierdeţi un sfat util sau un ajutor prietenesc, orgoliul vă face să pierdeţi obiectivitatea.

In *colectivitatea pe care mi-a fost dat s'o conduc, atmosfera face totul* Toţi avem o activitate comună şi fiecare contribuie la progres după puterile şi posibilităţile lui. Adesea la noi a fost greu de deosebit ce e „al meu“ de ce e „al tău“. Dar acest fapt n'a fost decât spre bine.

In al treilea rând, *pasiunea*. Gândiţi-vă că ştiinţa cere ca omul care o practică să-i dedice toată viaţa. Şi chiar de aţi avea două vieţi, nu v'ar ajunge. Fiţi pasionaţi în cercetările voastre.

Ţara noastră, guvernul sovietic, oferă oamenilor de ştiinţă perspective largi. Ştiinţa este introdusă din belşug în viaţa patriei noastre. Din belşug.

Să împlinim marile speranţe ce se pun în noi“.

— Caşi Pasteur care a spus că „ştiinţa n-are patrie, dar omul de ştiinţă are o patrie“, Pavlov a celebrat cultul patriei.

Invăţământul

Art. 22.—In *Republica Populară Română, toţi cetăţenii au drept la învăţătură*. Invăţământul primar este obligatoriu şi gratuit. Statul acordă burse elevilor şi studenţilor merituoşi. Statul organizează şi desvoltă învăţământul profesional şi tecnic.

Cum îşi va îndeplini Statul această misiune culturală de bază, se fac constatări şi se emit păreri pe care le grupăm în această privire de ansamblu.

*

Situaţia învăţământului şi Constituţiile trecutului le ia în considerare D-l Prof. *Iosif I. Gabrea* dela Universitatea din Bucureşti, comparând textul Constituţici de azi cu al celor din trecut: din 1864 din timpul lui Al. I. Cuza, din 1866, din 1923 şi din 1938. Constată că obligativitatea a fost înlocuită cu o libertate condiţionată de neatingerea bunelor moravuri sau a ordinei publice precum şi de interesele de Stat; iar gratuitatea caşi desfinţată pentru copii săraci. In perioada dintre cele două războaie mondiale din toţi copii satelor (80% populaţie rurală) n'au trecut în învăţământul secundar decât 4,7%. Nu s'a manifestat nici-o grije de structurarea învăţământului, unele categorii de şcoale desvoltându-se excesiv în paguba altora; astfel şcoalele teoretice au acaparat ¾ din tineret, iar cele practice ¼; iar spre studiile juridice s'au îndreptat 42,1% din studenţi. Se impune aşa dar structurarea şi, ca consecinţă, planificarea învăţământului.

— Incât, nicio mirare că cei 6 sau 7 Prim-Miniştri, pe care Oltenia i-a dat ţării, nu s-au gândit la dotarea cu cea mai înaltă instituţie de cultură, cu o Universitate, a celei mai autentice regiuni a ţării, a Olteniei. Universitatea dela Craiova, înfiinţată în epoca de democratizare a ţării, nu a putut începe decât cu o facultate de agronomie. O Facultate de medicină umană îşi aşteaptă rândul, ca şi o Facultate de medicină veterinară. Pentru sănătatea oamenilor şi viaţa animalelor, după cultura pământului.

*

Pentru structuralizare se impunea o *Raţionalizare a învăţământului,* problemă pe care o tratează D-l Prof. *Al. Crăiniceanu,* care preconizează curăţirea corpului profesoral de elementele care au contribuit la orientarea politică contrarie principiilor democrate, sau cari s-au refugiat şi trăesc în învăţământ ca într'un azil; dupe eliminarea acestui balast, se impune o revizuire tecnică completă a programelor de învăţământ şi a modului de funcţionare; legarea raţionalizării de unele probleme specifice ţării, precum asigurarea asistenţei medicale în mediul rural; şi o uniformizare a programelor şi a disciplinelor.

*

D-l Prof. *Ion Zamfirescu* priveşte sub un unghiu şi mai larg *Problema raţionalizării învăţământului superior,* la care se restrânge: pregătirea cadrelor profesionale se face în cadrul unui Statut doctrinar care stabileşte cu precizie suficientă de ce cadre, de ce materii, de ce laboratorii şi câmpuri de aplicaţie, de ce institute şi de ce personal ajutător este nevoe. Alt obiectiv al învăţământului superior este să asigure creaţia

şi progresul ştiinţific. Acest obiectiv are nevoe de libertăţi categorice şi de iniţiative personale; are nevoe de omul capabil pe care este datoria Autonomiei universitare să-l găsească, chemându-l în cadrul Universităţii, care este loc de recunoaştere şi de consacrare a celor bătrâni şi câmp de muncă şi de protecţie al celor tineri; elemente pe cari le designă o lungă ucenicie, o activitate neîntreruptă de tineri cu treceri de concursuri şi urcare treaptă cu treaptă în gradele ucenicie ştiinţifice. In faţa oamenilor mai tineri sau mai bătrâni cari lucrează se aşează oamenii cari nu mai vor, nu mai pot, nu mai au timp să lucreze, fiind prinşi de alte interese... sau fiind epuizaţi. Identificarea unora şi a altora se face dela sine; cei dintâi nu pot fi lăsaţi pe dinafară, iar ceilalţi nu pot fi toleraţi la infinit înăuntru.

— Trebue numai hotărârea de a proceda în consecinţă cu unii şi cu alţii, dupe criteriile de selecţionare valabile, punând „ca în tradiţia adevăratei vieţi universitare, întâi omul şi după acesta catedra".

*

Se merge spre o *Reformă a învăţământului*, pe baza acestor considerente. Pentru ajustare s'a făcut recurs la *Reduceri de personal şi de catedre* (prin comprimări, pensionări, puneri în disponibilitate şi destituiri) unele de caracter temporar; la *complectări a locurilor vacante*—ţinându-se seama şi de Cumul. *In comisiunea ministerială pentru reforma învăţământului* intră delegaţi ai tutulor M-terelor cari au în subordine şcoli de specialitate şi anume: Educaţia naţională, Cultele, Artele, Industria şi Comerţul, Justiţia, Munca, Cooperaţia şi Sănătatea. Se întreprinde o *Reformă structurală a învăţământului de toate gradele*, dându-se o desvoltare mai mare învăţamântului practic fără a suferi învăţământul teoretic şi adaptându-se la noile condiţii sociale ale ţării.

Deocamdată înregistrăm *Desfiinţarea sesiunilor extraordinare în învăţământul universitar*, admiţându-se numai 2 sesiuni anual; s-a revizuit situaţia studenţilor exmatriculaţi înainte de 1 Ianuarie 1948; s-au stabilit modalităţile de promovare dintr'un an în altul; nu se mai aprobă transferări dela o Facultate la alta; nu se mai admit studenţii audienţi; s-au fixat cotele pentru activitatea culturală şi sportivă.

— S-au desfiinţat, dar dupe admiterea unor sesiuni extraordinare până la 1 Mai. Ultimele.

*

Şcolaritatea şi anotimpurile o tratează de mult D-l Prof. Iosi *Gabrea*, cu o competinţă de netăgăduit, D-sa constată că dela 264 zile de scolaritate şi 100 zile de vacanţă, din timpurile normale, s-a ajuns între 1940—945 la 166 ore de scolaritate efectivă, scurtându-se scolaritatea dela începutul şi dela sfârşitul său, în timp ce cantitatea cunoştinţelor creştea; s-a redus nu numai numărul zilelor dar numărul de ore din zi; s-a scurtat şi durata orelor uneori până la 40 minute; s-au grămădit orele în jumătate de zi. In acelaş timp s-a lungit vacanţa, uneori

din condiţii locale de funcţionare dictate de neaprovizionare a localurilor, şi condiţii nefavorabile de anotimp. In faţa rezultatelor slabe obţinute, D-sa propune a) să nu se mai prescurteze scolaritatea în timp ce cunoştinţele cresc; b) să se folosească integral lunile cele mai prielnice învăţăturii cari sunt Septembrie, Octombrie şi Noembrie; c) să se lase pe seama Inspectorilor şi Directorilor locali fixarea lunilor de şcolaritate, avându-se grija a se asigura cel puţin 228 zile de şcolaritate (1 Sept.—22 Dec. şi 1 Martie—30 Iunie, când este iarna grea; vacanţă de până la 2 luni iarna, 7 zile la Paşti, Iulie şi August vara); d) o şcolaritate minimă fixată după împrejurări locale, plusul constituind prilej de întrecere şi de distincţie între directori şi şcoale.

— Vacanţele se ocupă bine, după cum am văzut din însemnările D-lor Alice Gabrielescu şi Claudia Milian la Dreptul de odihnă. Implinirea orelor de şcolaritate depinde calitativ şi cantitativ de dascăli. Să înveţe, să înveţe, să înveţe! — şcolarii şi studenţii. Să mai înveţe şi profesorii. Şi, să-i înveţe cum să înveţe.

Dela 4200 la 320

Este vorba de: *Specialităţile farmaceutice* şi despre *Tipizarea* lor

Comisiunea de *tipizare a specialităţilor farmaceutice* care lucrează sub preşedinţia d-lui C. N. Ionescu la Ministerul Sănătăţii îşi va termina aceste lucrări în câteva zile.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Din cele *peste 4.200 de specialităţi*, câte există pe piaţă, *vor rămâne numai 320* găsite că îndeplinesc condiţiile terapeutice.

— *Specialităţile farmaceutice* au bântuit cu furie între cele două războaie. Dela câteva sute, dupe războiul din 1916-1918, au urcat la câteva mii înainte de războiul din urmă. Le pria şi climatul războiului, înlocuiau pe medicii chemaţi pe front. Azi sunt supuse comprimării; vor scăpa numai 320, cu virtuţii terapeutice certe. De acum medicii vor trebui să-şi însuşească din nou arta de a formula, şi să înveţe s-o aplice. Şi farmacistul să prepare medicamentul, frământându-l la mojar şi turnându-l în buline. De acum cântarul de preciziune va lua locul ochiului, si poţiunile se vor aşemăna la gust şi în culoare. Se va reabilita farmacia şi drogueria nu o va mai concura. Nici automatele de consum, spre cari sigur ar fi alunecat, nu vor intra în acţiune.

— *Asupra Problemei specialităţilor farmaceutice în lumina actualităţii în România*, am întreprins pe vremuri, când numai se anunţa inflaţia, un studiu amănunţit. In 1932, a fost publicat în Nr. 5-6 şi 7-8 1932 ale revistei „Mişcarea medicală". Sub titlul *„L'état actuel de la pharmacothérapie. — La specialité pharmaceutique"* a făcut obiectul unei Comunicări la Congresul internaţional de Istoria Medicinei, care a avut loc la Bucureşti în 1932. Iar ca *„La publicité pharmaceutique, ce qu'elle doit être"* a fost comunicat în esenţă împreună cu D-l Dr. I. Rosenstein la al III-lea Congres al Presei Medicale Latine, care a avut loc la Paris între 17—21 Octombrie 1934. Studiul purta ca Motto

„In prezent în România specialitățile farmaceutice scutesc pe bolnav și de medic și de farmacist".

— Am spus atunci tot binele și tot răul ce pot face aceste calapoade erapeutice gata făcute, în care trebue să se bage bolnavul în loc ca ele să fie confecționate dupe picioarul lui. Le-am privit pe latura medicală; pe latura care interesează arta farmaceutică și pe farmaciști; pe latura economică; și pe o latură socială și națională, prin care au ajuns să constituiască pentru unele țări isvoare considerabile de venituri. Printr'o comparație dictată de o vizită recentă, ce făcusem la Institutul de Biotipologie al Prof. Pende de la Genua și prin înlocuirea de către ele atât a medicului cât și a farmacistului recunoscându-le o individualitate proprie, le asemănam ca celebrul endocrinolog italian la individul uman cu o piramidă cu baza, așezământul constituțional, stând pe diversele ingrediente medicamentoase cari le intrau în compoziție; cu vârful întors spre bolnav; cu laturile, cele amintite. Comparația, cam trasă de păr, a fost luată în serios de răp. Prof. de farmacologie dela Fac. de Medicină din București, neuitatul D-r Socrate Lalu. Studiul, la care lucrasem de mult, a format obiectul unui Memoriu înaintat Onor. Minister al Sănătății publice de către Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova, în Sedința din 15 Iunie 1926. Prin Memoriu ceream a) a nu se mai permite introducerea în comerț a specialităților decât numai în cazul când ele ar conține o substanță nouă, sau o formulă nouă, necunoscută în terapeutica, b) a interzice reclamele în orice fel de ziare afară de revistele profesionale științifice.

Digitized by Academia Română. Bucureşti

*

Am dat aceste ample referințe, pentru a învedera că și în această privință Cercul Medico-farmaceutic de la Craiova, una dintre cele mai vechi Societăți medicale din țară, a avut o activitate rodnică. Iar noi ne-am făcut datoria în cadrul acestei reviste.

Toxi-infecțiile alimentare, prin produsele laptelui

Avem în vedere aici brânzeturile. Brânza proaspătă, de care abundă piața. Cașul preparat și păstrat în condițiuni nehigienice, al cărui control nu se poate face, căci se debitează de precupețe cu mărunțișul. Nu este deci vorba de laptele fiert sau de brânza păstrată în vase coclite, nici de laptele tratat de lăptărese cu apă nici măcar curată, sau infectat cu diferiți microbi prin diverse manevre, lapte pe care consumatorul nu-l fierbe cum trebue (de 3 ori să-l dea în undă, dupe ce trage smântâna la o parte), nici de crema din prăjituri sau frișca de pe înghețată, provenită din un astfel de lapte nefiert care poate da contaminări individuale, familiare sau în focare mai întinse — astfel cum am observat personal cazuri de paratifus provenit din crema și frișca consumate dela o cofetărie din localitate.

Este vorba de *brânza proaspătă, caşul*, pe care Preotul S. C. din Craiova l-a cumpărat din piaţă, şi l-a consumat împreună cu fica D-sale în etate de 14 ani, într'o dimineaţă din luna lunie crt., în cantitate redusă. La o oră dupe ingerare s'a simţit rău, a prezentat vărsături incoercibile bilioase; cu spasme şi stări sincopale; scaune frequente apoase. Fata a prezentat numai uşoare vărsături. Febră nu a avut. Din dupe amiaza aceleiaş zile şi-a reluat ocupaţiile, dar extrem de slăbit, stare de care s'a resimţit câteva zile.

Faciesul holeric, pe care l-a prezentat, era datorat unei deshidratări acute prin vărsături şi scaunele diareice. Acestea au impedecat desvoltarea unui proces infecţios ulterior. Tabloul clinic a fost al unei *intoxicaţiuni acute prin caşul alterat.* Păstrase o cantitate oare-care, pentru a o consuma mai târziu, bănuind drept cauză a indigestiei şunca ce mâncaseră de cu seara — cu toate că aceasta consumată în cantitate mare nu le atrăsese atenţia şi dormiseră fără niciun incident, pe când în timpul consumării caşului a simţit greaţă. Caşul examinat prezenta o culoare gălbue, era friabil şi exala un miros intens de acid butiric, n'a fost dat la câinele din bătătură şi nici asvârlit la gunoiu. A fost aruncat în latrină.

Prof. Jean Verge, de la Şcoala veterinară din Alfort — Franţa, publică un articol despre *Les toxi-infections alimentaires dues aux fromages,* în Revue de path. comp. et d'hyg. alim. din luna Mai-Iunie 1948. Aruncă o vedere de ansamblu asupra acestui subiect. Remarcă că asemenea toxi-infecţiuni se manifestă tot mai frequent. Sunt datorate la tot felul de agenţi microbieni. Provoacă uneori adevărate focare epidemice. Se petrec întotdeauna numai cu brânzeturile proaspete preparate cu lapte crud, mult mai puţin cu brânzeturile preparate cu lapte pasteurisat, mai niciodată cu brânzeturile fermentate cari se bucură de inocuitate prin antagonismul microbian.

Autorul recomandă controlul higenic al staulelor şi al laptelui, noi ne-am mulţumi cu supravegherea pieţei.

După cetirea articolului, am regretat că n'am făcut un tub de cultură pentru descoperirea agentului. Această alterare a fost datorită desigur unui agent microbian. Mirosul butiric şi culoarea indicau putrefacţie şi fermentaţie. Procesul de intoxicaţie acută a prevalat şi prin vărsăturile provocate a îndepărtat infecţia. Se pot deci descrie tablouri clinice diferite, dupe cum predomină procesul de intoxicaţie, de infecţie sau de toxi-infecţiune. Cazul nostru a prezentat un tablou clinic de intoxicaţie acută.

Reticulina - M

Am expus în Cronica precedentă *Serul anti-cito-toxic al lui Bogomoleţ.* Asupra efectelor sale extrem de favorabile în anumite boale obţinute în Clinica II medicală din Bucureşti au făcut Comunicare la Institutul de studii Româno-Sovietic D Prof. N. Lupu, R. Brauner şi I. Benedict. Autorii l-au aplicat cu deplin succes în cazuri de hipertensiune arterială, forma neuro — endo-

crinovegetativă, cu crize paroxistice, în ulcere duodenale, în abcese pulmonare. Cu ameliorarea locală, care poate merge până la vindecare s'a obţinut o ameliorare evidentă a stării generale în special a facultăţilor intelectuale. In spitalele din Rusia A. Grigorovici (în Agerpres) a arătat că Serul A. C. T. al lui Bogomoleţ a dat aceleaşi rezultate în scarlatină, în cancer (în metastazele canceroase) în reumatism, în schizofrenie, în arterioscleroză, la bătrâni, în sudura fracturilor şi cicatrizarea rănilor ş. a.

Reticulina-M, produs românesc descoperit de *D. Prof. I. Moldovan* de la Cluj, este destinată să îndeplinească acelaş rol. In Clujul Medical Nr. 4/1940 număr consacrat Reticulinei, D-l Prof. I. Moldovan face istoricul cercetărilor şi expune mecanismul de acţiune precum şi indicaţiile terapeutice ale Reticulinei. A numit-o *Reticulină*, pentru a indica *locul de origine la nivelul ţesutului reticulo-endotelial*; — i-a ataşat iniţiala *M.* ca omagiu pentru Prof. *Metchnicoff*, care a întrevăzut rolul funcţional al acestui ţesut conjunctival, — şi pentru a o deosebi de reticulina istologilor. Acest *M. o leagă dublu şi de numele descoperitorului ei, Prof. Iuliu Moldovan.*

Cercetările D-sale au început cu 30 ani înainte, împreună cu ale Prof. Doerr, şi au avut de scop să lămurească mecanismul anafilaxiei. Le-a reluat împreună cu colab. D-sale D. Zolog, Slăvoacă, Crişan şi Turcu. Au recurs la procesul blocajului, pentru a reduce sau chiar a elimina temporar funcţiunea sistemului reticulo-endotelial, ca o reacţie la blocaj celulele proliferează şi elibereză în cantităţi mai mari o substanţă capabilă să prevină fenomenul de şoc. Aşa că, Reticulina M, poate fi considerată ca un *hormon al sistemului reticuloendotelial.*

Indicaţiile reticulinei, fiind dată importanţa vitală pentru întregul organism a ţesutului conjunctiv căruia ţesutul reticulo-endotelial îi constitue o parte esenţială specializată, nu se pot restrânge la prevenirea boalei serului şi la tratarea afecţiunilor alergice. Acţiunea reticulinei este localizată în primul rând la nivelul endoteliului capilarelor, având ca rezultat conservarea şi restituirea permeabilităţii normale a celulelor, menţinerea sau restabilirea echilibrului normal al sistemului vegetativ — cum remarcă descoperitorul în Ardealul medical, No. 3 \ 6 1947, în care expune «Reticulina-M în lumina noilor cercetări experimentale», dar, prin aceasta, Reticulina fiind un principiu vital, care poate fi considerat ca un «medicamentum totius corporis» — cum observă D-l Prof. I. Haţieganu când consideră «Reticulina în medicina internă», Reticulina îşi lărgeşte cadrul indicaţiilor intrând în patrimoniul patologiei generale. Rezultate extrem de favorabile au fost obţinute de diferiţi autori, din clinicele dela Cluj, în cea mai mare parte a cazurilor intrând în cadrul diferitelor specialităţi, ele au fost consemnate în 1940 şi în 1947 în «Clujul medical» şi în «Ardealul medical».

Tratamentul cu Reticulină trebueşte pus la îndemâna corpului medical din întreaga ţară. Acest tratament a eşit din faza experimentării. Constituind o terapeutică hormonală, îşi găseşte un

BCU Cluj / Central University Library Cluj

câmp de aplicare care ese din cadrul indicaţiilor strict specifice. Boalele se intrică, se complică, ajung polivalente, reacţiile se încrucişează, terenul este supus la influenţe multiple, — dar întotdeauna corpul se va resimţi de acţiunea favorabilă a agenţilor terapeutici cari îl ating în elementele constitutive şi în funcţiunile fundamentale. Va trebui numai descifrat pe cât posibil complexul morbid de teren şi de agenţi cauzali. O terapeutică raţională va viza toate elementele în cauză. Această terapeutică se sprijine pe un diagnostic precis. Greutatea cea mai mare constă în punerea acestui «diagnostic polisilogistic» (Iagnov), pe care îl facilitează o terapeutică specială — medicamenta ostendunt naturam morborum. Tecnica este simplă. Reticulina se bucură de inocuitate absolută, mai cu seamă de când a fost purificată.

Vom publica în curând rezultatele noastre şi ale unui întreg colectiv de colaboratori. Rezultatele sunt strălucite.

Comitetele de redacţie regionale

Aceste *Comitete* vor funcţiona în *Centrele Universitare*. Scopul şi constituirea lor au fost expuse astfel în *Adresa trimisă Comitetelor de Redacţie regională din Centrele Universitare din Tg.-Mureş şi Timişoara*, în cari au luat fiinţă până în prezent:

Aţi binevoit să acceptaţi a constitui **Comitetele de Redacţie Regională pentru Centrele Universitare din Tg. Mureş şi Timişoara** ale Revistei **„Acta Medica Romana"**. Mă adresez D-stră în calitate de Conducător şi Responsabil al acestui **Organ reprezentativ al Mişcării medicale româneşti**, expunându-vă felul cum înţelegem să ne coordonăm activitatea din punct de vedere **ştiinţific, profesional şi social**—pentru a putea prezenta cât mai adequat aceste laturi esenţiale ale Activităţii medicale româneşti. De latura **politică**, de care trebue să ţină seamă oricine într'un Stat organizat, fără îndoială ne vom preocupa în egală măsură — ca oameni de ştiinţă, cetăţeni, funcţionari ai Statului şi democraţi. Adaog, **democraţi progresişti** precum sunt eu şi D-stră. Pentru mai multă lămurire complectez în ce mă priveşte: N'am fost înscris niciodată în trecut în vreun partid politic, cum nu sunt încă înscris nici în prezent, dar **încadrat ideologic prin convingere**. N'am făcut niciodată altă politică decât aceia a intereselor româneşti, pe care actualul regim politic socotesc că le reprezintă şi apară în modul cel mai potrivit. Intotdeauna, am considerat numai manifestările de ordin medical pe cari le am aprobat şi susţinut când am găsit că sunt bune şi le-am combătut când le-au socotit greşite — întotdeauna în desăvârşită bună credinţă.

Cu aceste explicări cred că putea colabora pe terenul acestei reviste care are **scop unic** pe acela **de a promovà Ştiinţà medicală şi Asistenţa medico-sanitară a ţării noastre.**

Comitetele regionale vor avea latitudinea să publice tot ce vor găsi cu cale că merită, interesează şi se încadrează medical din punct de vedere ştiinţific, social şi politic actual; tot ce priveşte Facultatea şi Centrul de activitate medicală regional respectiv. Nu circulări şi ordonanţe, dar dispoziţiuni şi opiniuni cari privesc Invăţământul şi Asistenţa Medico-Sanitară.

Mai ales lucrări, dări de seamă asupra activităţilor ştiinţifice în societăţi şi individual, **în rezumat, succint, în esenţă** — pentru a nu ocupa spaţiu mult care costă şi ameninţă viaţa materială a revistei. Autorilor cari vor să-şi publice lucrările in extenso (dar chiar astfel, nu fără o măsură) le va incumba să-şi plătească paginile cari depăşesc numărul de pagini pe care revista li-l pune în mod gratuit la dispoziţie, număr de pagini care variază după felul lucrării — astfel cum este prevăzut în condiţiile de publicare afişate, după un preţ de cost egal cu cel impus revistei de tipografie. Natural că **membrii din Comitet** sunt obligaţi **la aceleaşi restricţiuni.** Adaog că este de dorit ca **activitatea lor să fie consemnată cât mai des,** pentru prestigiul revistei şi al însăşi ştiinţei medicale pe care ei o onorează.

Vă rog să-mi comunicaţi **sugestiile D-stră** pentru a lucra cu adevărat subt un program stabilit de comun acord şi liber consimţit.

Eu cred că putem ridica **numărul membrilor din aceste comitete până la 5—6.** Dar nu mai mult. Numai că **cei 5—6 să reprezinte diferite ramuri ale medicinei.** Să fie cu adevărat **oameni de ştiinţă activi şi progresişti** — ca cu ei să progreseze ştiinţa sau activitatea medicală ce efectuiază; nu să stea pe loc sau să dea îndărăt. Propunerile de complectare vor veni din partea comitetelor.

Cu timpul vom constitui aceste Centre de redacţie regională în toate Centrele Universitare. Deocamdată începem cu cele de la Timişoara şi Tg. Mureş — în credinţa şi convingerea că **ştiinţa nu progresează numai la centru.**

Docent D-r M. CÂNCIULESCU
Director al Rev. A. M. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această convingere pusă în practică o viaţă întreagă se potriveşte cu ideile de descentralizare regională ale unui regim democrat, pentru organizarea învăţământului ca şi a asistenţei medico-sanitare.

Revistele medicale româneşti
Soarta lor. Noul tip.

Consideraţiunile, ce urmează, sunt dictate de dispoziţia anunţată de D-l *L. Sălăjan*, Ministru-adjunct al Sănătăţii, că *„Publicaţiile ştiinţifice medicale nu pot fi lăsate mai departe în seama iniţiativei particulare.* Problema lor va fi rezolvată de M-terul Sănătăţii împreună cu Uniunea Sindicatelor Sanitare".

Dispoziţiunea aceasta va privi şi revista „Acta Medica Romana". Incât un scurt Istoric şi o Prezentare de ansamblu a revistei se impune.

Revista a luat naştere în anul 1928, ca organ al Cercului Medico-Farmaceutic din Craiova, care îşi da prin ea şi propriul său Buletin; sub numele de *„Mişcarea medicală"*; sub Direcţia noastră, Secretar fiind D-l D-r I. Rosenştein. Dupe 3 ani de funcţionare, cu aranjare de serate artistice şi conferinţe publice pentru procurarea fondurilor de imprimare, în faţa bilanţurilor tot mai deficitare întocmite de D-l Medic Colonel D-r G. Diamandescu care îndeplinea funcţia de casier, Cercul s'a văzut nevoit să renunţe la scoaterea revistei, care urma să-şi între-

rupă apariţia. Astfel a intrat revista în patrimoniul nostru, care cu calvarul material am înregistrat urcarea crescândă şi a prestigiului ei ştiinţific până a deveni un Organ reprezentativ al Presei medicale româneşti. In 1932, dupe recomandaţia D-lui Prof. E. Racoviţă, revista a primit invitaţia să se afilieze la Institutul Internaţional de Cooperaţie Intelectuală din Paris; iar în 1934, directorul ei a fost designat ca raportor la al III Congres al Presei Medicale Latine, care a avut loc la Paris între 17—21 Octombrie 1934, asupra temei „Cum trebue întocmită o revistă medicală". Raportul nostru, *„Technique et présentation d'un journal medical"*, purta ca Motto:

„Vingt fois sur la métier remettez votre ouvrage,
polissez-le sans cesse et le repolissez".

La sfârşitul raportului ne întrebam, ca şi marele Prof. Forgue, „Quel sera l'aspect du journal médical à l'avenir Et quel en sera son esprit"? Răspundeam „Il en sera ce que *l adaptation* fera de lui". En attendant

„Polissez-le sans cesse et le repolissez,
ajoutez quelques fois et souvent effacez".

In faţa materialului medical românesc în creştere revista şi-a adaptat titlul la obiect unic, a devenit *„Mişcarea Medicală Română"*.

In faţa schimbului tot mai intens cu periodice medicale străine din toate ţările, revista a devenit *„Acta Medica Romana"*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Titlul care indica scopul de a prezenta medicina în mişcare, nu static,—în ultimul timp cu obiectiv restrâns numai la Mişcarea medicală românească—traducea dela început o tendinţă evoluţionistă.

Dintre cele 3 tipuri de revistă prezentate în Raportul nostru: Jurnalul de medicină generală, Jurnalul medical specializat şi Jurnalul medical regional, am ales Tipul de *Jurnal de medicină generală*, şi ne-am conformat lui printr'un *Program* integral de Articole de fond, Reviste generale, Memorii originale, Cazuistică, Note de medicină practică, Actualităţi medicale, o Revistă a Revistelor—a Societăţilor—a Congreselor — a Zilelor medicale — a Articolelor de ordin medical apărute în presa cotidiană; ele privind Viaţa medico-ştiinţifică, Viaţa medico-socială, Viaţa medico-artistică, Viaţa universitară şi spitalicească, Viaţa familiară a medicului, Istoria medicinei. Totul bine ordonat şi bine echilibrat, ca partea paramedicală să nu depăşească partea medicală, şi ca tratarea de ordin profesional şi social să nu întreacă pe cea de ordin ştiinţific—să nu fie „Exces de zel" de o parte sau alta. O Ilustraţie bogată le-a dat viaţă, pe cât posibil. Ultimele informaţii le-a legat de interesul zilei. S'a urmărit ca totul să constituiască o *Minută medicală* a *Archivelor medicale româneşti* pe cari s'a silit să le constitue „Acta Medica Romana". Numere ordinare şi Numere speciale s'au succedat. Am cuprins Mişcarea medicală regională în Mişcarea medicală generală, dând o preferinţă deosebită activităţii medicale periferice asupra celei din centrele universitare. In spiri-

tul unei Direcţii ştiinţifice—la care nu s'a ţinut seamă decât de această activitate a membrilor din Comitet. Cu un număr impresionant de colaboratori permanenţi şi ocazionali — adevărat Colectiv de muncă. Cu o Redacţie pe cât posibil trează—ca să nu-i scape nimic. Sub o Direcţie unitară — pentru realizarea unui Comandament unic şi Responsabilitatea necesară, revista a constituit o Tribună independentă ca orice Jurnal medical ştiinţific, ca Bruxelles-Médical care „n'entend approuver ou inprouver aucune des idées défendues par ses correspondents, ceux-çi restent seuls responsables des opinions émises sous leur signature". Limitele criticei ştiinţifice le-am cuprins în ordinea de zi formulată de răp. Prof. A. David de la Lille şi adoptată în unanimitate: „critica ştiinţifică trebue să fie scrupuloasă, desinteresată, obiectivă şi imparţială; dreptul la critică ştiinţifică este absolut; numai conştiinţa profesională poate fixa limitele acestei critici, dreptul la critică este constrâns la moderaţia în expresia cugetării şi la respectul persoanei altuia". Ne-am conformat acestor drepturi şi datorii ale criticei, până la a nu însera unor colaboratori, cu care revista se mândreşte, răspunsul dat unor atacuri personale; şi nouă înşi-ne a ne refuza răspunsul de dat unor atacuri cari depăşind cadrul revistei fatal ar fi trebuit să îmbrace un caracter personal. Ideile cu care n-am fost de acord, eu sau alţii, le-am combătut nu cu suprimarea tezei ci prin susţinerea antitezei, prin articole semnate personal sau făcând apel la persoanele mai competente — precum în cazul Metapsichicei, al Socializării medicinei şi mai de curând al Eticei profesionale la D-l Prof. Kernbach.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-nii D-ri *St. Irimescu* şi *Prof. M. Kernbach* vor găsi în acest articol şi în cel care precede un răspuns mai direct la unele din punctele expuse în scrisorile şi articolele D-lor. La celelalte, l-am dat indirect în lungul şir de articole, studii, comentarii, eseuri, sugestii, critici — ce necontenit scriu de 20 ani în cadrul Cronicei medicale şi al corpului revistei. Ele justifică unele pretinse carenţe şi explică presupusele inconsequenţe. Spiritul lor, buna noastră credinţă (care se poate să fi fost uneori surprinsă) şi desinteresarea activităţii noastre publicistice ne scutesc de a releva insinuările unor neofiţi cari zoriţi dau cu coatele şi făcând exces ideologic de ultima oră împroşcă, ca să-şi croiască drum în ziaristica medicală — au pretenţia şi în ştiinţă, uitând că ea cere (cu Pavlov) consequenţă, modestie şi — autocritică. Demascarea lor a început. Şi-o ajută singuri.

Drepturile criticei sunt limitate de autocritică. Ale criticului de către drepturile criticatului. Nu numai criticatul este obligat la autocritică. Procesul de autocritică al criticului este dublu, să preceadă şi să urmeze. Numai astfel, admirabila maşină a criticei şi autocriticei se complectează, depersonalizează şi rămâne ideologică.

Modestele noastre exerciţii dialectice sunt dictate de necesitatea

de informare a cetitorilor. Ele n-au pretenţia unor prelegeri ex cathedra, a unei documentări complecte dela isvoarele cele mai pure, cu atât mai puţin a unor contribuţiuni personale. Sunt în desvoltare. Vor respecta fondul esenţial al dialecticei materialiste, punând tezele şi antitezele faţă în faţă, contrazicerile şi desfăşurările ulterioare—cari sunt în devenire, niciodată finite. In această revistă medicală de caracter ştiinţific, ne vom mărgini la biologie, celelalte aplicaţiuni ne putând fi tratate decât în cadrul revistelor respective.

Revista a practicat o colaborare activă, solicitând-o de la Colabotori permanenţi a căror personalitate ştiinţifică, ideologie şi scris a apreciat. Aceaşi atitudine s'a silit să păstreze faţă de Colaboratorii ocazionali. Unor autori le-a reprodus articolele, cu citările de rigoare şi cu aprobările necesare atunci când li s-au cunoscut adresele, dacă aceste articole erau puneri la punct precise sau conţineau idei socotite juste. Altora le-a menţionat lucrările şi ideile de esenţă medicală în cadrul unei Cronici care nu este decât un lung Referat de articole comentate. Autorii reproduşi şi comentaţi nu pot fi desigur socotiţi colaboratori.

Ast-fel concepută şi prezentată, revista aceasta a ajuns la răscruce de drum. Se merge spre *tipul* de revistă medicală *oficial, dirijat, colectiv, politic-social*, ast-fel precum este realizat azi Ardealul medical.

Socializarea şi etatizarea medicinei cu naţionalizarea în toate compartimentele vieţei de stat, îl cere. Pentru A. M. R. schimbarea nu face salt în necunoscut, pentru-că în drum s-a conformat acestor comandamente. Se întoarce la Cercul Medico-Farmaceutic căruia a aparţinut, la Sindicatul sanitar local al cărui organ de studii constitue Cercul — şi, la viitoarea Facultate de medicină din Craiova al cărui organ oficial va constitui împreună cu Cercul şi cu Sindicatul. Şi va atinge astfel ţelul final, de *Organ al Facultăţii de medicină din Craiova*, pentru care „luminiţa aprinsă acum 20 ani şi ferită tot timpul cu mâna, ca să nu se stingă" a fost destinată să-i servească de torţă.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj